



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS



LOPPURAPORTTI

Simo Mannila
Ulla Parviainen

ATTRAktiivinen SUOMI

Terveystenhuollon osaajien liikkuvuuden edistäminen
1.11.2008 -31.12.2010



Helsingin kaupunki



HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPUORI



Euroopan unioni
Euroopan sosiaalirahasto

©Kirjoittajat ja THL

Toimitustyö: Mirja Karlsson

Graafinen suunnittelu ja taitto: Wirbel / Katriina Iho

Yliopistopaino

Helsinki 2010

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

PL 30

00271 Helsinki

puh: 020 610 6000

SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä	4
Summary	5
1. Johdanto	6
2. Hankkeen tausta	7
3. Hankkeen hallinto ja organisaatio	8
4. Hankkeen toteutus ja tulokset	11
4.1. Henkilöstön tarve ja sen ennakointi	12
4.2. Maaselvitykset: sairaanhoitajien pätevyys, resurssit ja liikkuvuus	16
5. Rekrytointimalli ja sen kehittäminen	22
5.1. Nykykäytäntö Suomessa	22
5.2. Rekrytointimalli ja sen eri vaihtoehdot	23
6. Hankkeen johtopäätökset	35
LIITTEET	38

TIIVISTELMÄ

ATTRAKTIIVINEN Suomi -projekti on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttama ja Euroopan sosiaalirahaston rahoittama hanke, joka on toteutettu 1.11.2008 – 31.12.2010. Se on valmistellut maaperää projektin kumppaneille, Helsingin kaupungin henkilöstöasiainkeskukselle ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille, jotta ne voivat ryhtyä rekrytoimaan sairaanhoitajia Euroopan unionin yhdentyneiltä työmarkkinoilta.

Projekti on 1) kehittänyt terveydenhuollon työvoiman ennakkointia, 2) selvittänyt hoitajien määriä, koulutusta ja kansainvälistä liikkuvuutta muutamissa EU-maissa sekä eri maiden hoitajien pätevyksiä erityisesti suhteessa Euroopan unionin asiaa koskevaan direktiiviin (2005/36/EY), 3) luonut verkostoja, joita tarvitaan työvoiman hankintaan liittyvään menestykselliseen yhteistyöhön, 4) pohtinut rekrytoinnin eettisyyttä ja luonnostelut vaihtoehtoisia, vastavuoroisuuteen perustuvia instituutioiden välisiä toimintatapoja ja 5) kehittänyt kansainvälistä rekrytointia varten toimintamallin eri vaihtoehtoihin.

Hanke on järjestänyt kaksi työpajaa terveydenhuollon työvoiman ennakkoinnista, tehnyt neljä tutustumismatkaa (Ruotsiin, Unkariin ja kaksi kertaa Puolaan), tuottanut neljä maaselvitystä (Virosta, Unkarista ja kaksi Puolasta) sekä artikkeleita projektin aihepiireistä. Hankkeessa on tehty yhteistyötä muiden työperäistä maahanmuuttoa edistävien ESR-projektien ja tieteellisten hankkeiden kanssa. Lisäksi Attraktiivinen Suomi -hanke on osallistunut sisäasiainministeriön MATTO-hankkeen temaattiseen työhön ja Uudenmaan ELY-keskuksen INSITE-hankkeen työhön.

Hanke ehdottaa terveydenhuollon institutionaalisen yhteistyön aloittamista puolalaisten yhteistyötahojen kanssa. Sairaanhoitajien kansainvälinen rekrytointi voi käynnistyä tämän yhteistyön osana. Kansainvälinen rekrytointi on yksi henkilöstöresurssien kehittämisen keino, jota ei suurten työnantajien ole syytä jättää käyttämättä, mutta se ei ole keskeinen sairaanhoitajatyövoiman hankkimisen keino Suomessa. Tärkeä kansainvälisen liikkuvuuden syy on parempi palkka. Koska Suomen ja EU:n uusien jäsenmaiden palkkaero on kaventumassa, rekrytointiin on syytä ryhtyä heti. On tärkeää saada tietystä maasta Suomeen riittävä määrä sairaanhoitajia, joiden kautta viesti Suomesta potentiaalisena muuttokohteena voi kulkea. Kansallisen vetovoimastrategian luominen on tärkeää, ja sen osana tulisi olla suomen kielen erityislaadua ja vaikeutta koskevien ennakkoluulojen hälventäminen.

Kun suomalainen työnantaja hankkii työvoimaa kansainvälisiltä markkinoilta, on parasta käyttää luotettavaa ja asiantuntevaa rekrytointiyritystä, mutta osallistua myös itse aktiivisesti rekrytointiin. Kilpailuvaltteja sairaanhoitajien yhteisillä eurooppalaisilla työmarkkinoilla ovat palkkataso, korkea teknologia ja ammattitaidon kehittäminen mahdollisuus, mutta niiden lisäksi tarvitaan monikulttuurista osaamista, taitavaa perehdyttämistä ja syrjinnän vastaista työtä.

SUMMARY

PROJECT Attractive Finland was implemented by the National Institute for Health and Welfare and financed by the European Social Fund. The project ran from 1 November 2008 to 31 December 2010. Its purpose was to pave the way for the international recruiting of nurses in the common labour market of the European Union by the two project partners, the City of Helsinki (Human Resources) and the Helsinki Uusimaa Hospital District.

The project has: 1) developed forecasting of healthcare workforce needs, 2) mapped nursing resources, the training and qualifications of nurses and their international mobility in a number of EU Member States, particularly with respect to the EU Directive on the Recognition of Professional Qualifications (/2005/36/EY), 3) established networks and relations for successful cooperation in the acquisition of employees, 4) considered the ethics of recruitment and drafted alternative operating models based on bilateral cooperation and 5) composed a model of international recruiting, including several alternatives.

The project has organised two workshops on the forecasting of the development of human resources in healthcare and implemented four study tours (to Sweden, Hungary and twice to Poland). It has commissioned four country studies on the nursing workforce, its training and international mobility (Estonia, Hungary and two of Poland) and prepared a number of articles on the project topics. The project has been very active in networking with other ESF work addressing labour immigration and relevant scientific projects. For its part, Attractive Finland has contributed to the national thematic work carried out by Project MATTO of the Finnish Ministry of the Interior as well as regionally by Project INSITE of the Uusimaa Centre for Economic Development, Transport and the Environment.

The project proposes Polish partners for institutional cooperation in the field of healthcare. International recruiting of nurses can be launched as part of such cooperation. It will not be the main means of solving the nursing workforce shortages, but major employers in healthcare should utilise international recruiting in the development of their human resources. Salaries comprise a key reason for international professional mobility, and since the salary gap between Finland and the new EU Member States is narrowing, it is recommended that steps should be taken. It is important to attract a critical mass of nurses from a certain country to spread the word about Finland as an immigration destination. Likewise, it is important to create a national strategy to promote Finland's attractiveness as a country for labour immigration. One of its elements should be dispelling prejudices concerning the Finnish language.

The best way to operate in the international labour market of healthcare professionals is to utilise the services of a competent recruitment agency. Nevertheless, the contracting agency must participate itself in the key phases of recruitment. In the common European labour market for nurses, we see that – in addition to the pay level, high technology and possibility to develop one's professional skills – diversity management, good guidance at work and non-discrimination are important ways of attracting good professionals.

1. JOHDANTO

TERVEYDEN ja hyvinvoinnin laitos (THL) on toteuttanut Euroopan sosiaalirahaston varoin Attraktiivinen Suomi -hankkeen 1.11.2008 - 31.12.2010. Hanke on selvittänyt Euroopan sosiaalirahaston Suomen ohjelman 4. päälinjan mukaisesti suomalaisten julkisen sektorin työnantajien mahdollisuutta saada terveydenhuollon työvoimaa Euroopan unionin yhdentyneiltä työmarkkinoilta. Tarkoituksena on ollut kehittää malli, jolla voidaan rekrytoida eettisesti ja menestyksekkäästi.

Euroopan sosiaalirahaston Suomen ohjelman toimintalinja 4:n päämääränä on eurooppalaisen yhteistyön lisääminen työvoima-, koulutus- ja elinkeinopolitiikassa edistämällä työperusteista maahanmuuttoa sekä etsimällä ja levittämällä hyviä käytäntöjä. Attraktiivinen Suomi -hankkeen kumppaneina ovat olleet Helsingin kaupungin henkilöstökeskus ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS), Suomen suurimmat julkisen sektorin terveydenhuollon työnantajat.

Kumppaneiden intressin mukaisesti hanke on keskittynyt sairaanhoitajiin. Kyseessä on terveydenhuollon ammattiryhmä, jonka kansainvälisestä liikkuvuudesta tiedetään vähemmän kuin lääkärien liikkuvuudesta. Muualla kuin Suomessa koulutuksensa saaneiden sairaanhoitajien pätevyyden määrittely on lisäksi vaikeampaa kuin lääkärien, vaikka Euroopan unioni onkin hyväksynyt direktiivin, joka yhtenäistää sairaanhoitajien koulutuksen ja antaa pätevyyden kaikissa EU-maissa. Hankkeessa on kunnianhimoisesti pohdittu, miten Euroopan työmarkkinoilta saataisiin sairaanhoitajia työhön omalle alalleen koulutusta vastaaviin tehtäviin.

Hanke on edennyt suunnitelman mukaisesti, ja erityisesti Puola on noussut esille mahdollisena yhteistyömaana. Tässä raportissa ja sen liitteissä kuvataan

projektin toimintaa sekä esitetään sen keskeiset tulokset ja selvitykset. Liitteissä on luettelo projektin muista muistioista ja työpapereista (liite 1), jotka saa tarvittaessa THL:n kansainvälisten asiain yksiköstä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kiittää kumppaneitaan Helsingin kaupunkia ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä yleisestä tuesta hankkeen toteuttamisessa ja konkreettisista neuvoista ja kommentteista sen eri vaiheissa. Myös muut ohjausryhmään kuuluneet tahot, sosiaali- ja terveysministeriö, Tehy ry, Super ry ja Uudenmaan ELY-keskus ovat vaikuttaneet projektin suuntaamiseen ja onnistumiseen. Ohjausryhmän koostumus on esitelty myöhemmin tässä raportissa. Hanke on ollut läheisessä yhteistyössä useiden muiden, Euroopan sosiaalirahaston Suomen ohjelman toimintalinja 4:n rahoittamien projektien kanssa. Erityisen hyödyllisiä ovat olleet yhteydet sisäasiainministeriön maahanmuutto-ohjelmien tukirakenteeseen MATTO-projektiin ja Uudenmaan ELY-keskuksen työperusteisen maahanmuuton tukihankkeeseen (INSITE). Nämä kaksi hanketta ovat jakaneet tietoa ja luoneet synergiaa eri toimijoiden työlle niin valtakunnallisesti kuin alueellisesti.

2. HANKKEEN TAUSTA JA TARKOITUS

PROJEKTI on alkanut Suomen tarpeesta lisätä työperusteista maahanmuuttoa ja vastata sairaanhoitajien rekrytointiongelmiin. Suomen hallituksen maahanmuuttopoliittisessa ohjelmassa 2006 nostettiin ensi kerran työvoiman maahanmuuton edistäminen maahanmuuttopolitiikan yhdeksi viralliseksi tavoitteeksi. Tätä tavoitetta on konkretisoitu myöhemmin muun muassa hankeraportissa työvoiman maahanmuuton edistämisen yhteistyömuodoista lähtömaiden kanssa 2008 ja työvoiman maahanmuuton toimenpideohjelmassa 2009. Samansuuntaisesti Euroopan sosiaalirahaston Suomen ohjelmassa (2008 - 2010) yhdeksi toimintalinjaksi määriteltiin työperusteisen maahanmuuton edistäminen ja Suomen houkuttelevuuden lisääminen kansainvälisillä työmarkkinoilla.

Terveystenhuollon osaajat liikkuvat tällä hetkellä EU:n yhdentyneillä työmarkkinoilla, mutta tästä liikkuvuudesta tiedetään kovin vähän, mikä vaikeuttaa eri maiden kansallisen terveystenpolitiikan suunnittelua. Euroopan unioni onkin käynnistänyt joukon tutkimushankkeita lisäämään tiedon tarvetta. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos osallistuu tällä hetkellä Maailman terveystenjärjestön Euroopan toimiston (WHO-EURO) koordinoimaan PROMETHEUS-hankkeeseen, joka selvittää terveystenhuollon osaajien kansainvälistä liikkuvuutta. THL pyrkii kansallisena tehtävänään myös kehittämään liikkuvuutta koskevia tilastoja ja tiedontuotannon yhteyttä terveystenpolitiikkaan. Toisin kuin usein ajatellaan, Suomi on uusimpien tietojen mukaan tällä hetkellä terveystenhuollon työvoimaa luovuttava maa¹.

Tilanteen tasapainottamiseksi THL:n kansainvälisten asiain yksikkö aloitti Euroopan sosiaalirahaston (ESR) varoin Attraktiivinen Suomi -hankkeen vuonna 2008. Sen tarkoituksena on selvittää terveystenhuollon henkilöstöresursseja eri

EU-maissa ja kehittää terveystenhuollon osaajien eettistä rekrytointimallia, joka soveltuu Euroopan unionin työvoiman sisäiseen liikkuvuuteen. Mallin taustaksi on myös selvitetty terveystenhuollon työvoiman ennakkointia lähinnä Helsingin seudulla.

Mallin rakentaminen on edellyttänyt selvitysten tekemistä eri Euroopan maista ja niiden terveystenhuollon osaajien määristä, koulutuksesta ja liikkuvuudesta. Projekti on kohdistunut erityisesti Euroopan unionin uusiin jäsenmaihiin, koska ajateltiin, että Suomen näitä maita korkeampi palkkataso edistänee työperusteista maahanmuuttoa. Tähänastinen tutkimustieto tukee näkemystä, vaikka palkan lisäksi kansainväliseen liikkuvuuteen tarvitaan myös muita työntö- tai vetovoimatekijöitä. Palkkaero saattaa kuitenkin tulevaisuudessa kaventua: jos meillä halutaan olla kilpailukykyisiä kansainvälisillä työmarkkinoilla, on aika toimia.

Mallin rakentamiseen kuuluu myös toiminnalle välttämättömän verkoston luominen. Kansainvälisessä rekrytoinnissa tarvitaan laajaa institutionaalista kumppanuutta, jossa voidaan erottaa analyttisesti eri tasoja ja eri tehtäviä:

- yleinen yhteiskunnallinen taso, jota edustavat yhteistyömaan tärkeimmät viranomaiset ja jonka tehtävänä on jakaa oikeaa tietoa yhteistyöstä ja keskustella yhteistyön prioriteeteista
- eri instituutioiden ja laitosten taso, jonka puitteissa tapahtuu konkreettinen yhteistyö ja
- työnantajan ja mahdollisen rekrytointiorganisaation taso, joka hankkii työvoimaa Suomeen.

Projektissa kerääntynyt tieto ja tutustumismatkat kiin-

nittivät päähuomiomme Puolaan. Raportissa on tästä syystä enemmän tietoa Puolasta kuin muista mahdollisista kohdemaista. Lisäksi raportissa ja sen liitteissä tulee esiin niitä yhteistyötahoja, jotka Puolassa ovat tärkeitä projektin suomalaisille kumppaneille.

Terveystieteiden ammattilaisista on pulaa lähes kaikissa Euroopan maissa. Tästä syystä rekrytointi toisesta maasta on ongelmallista. Monet osaajat muuttavat kuitenkin avoimilla työmarkkinoilla maasta toiseen, olivatpa suomalaiset aktiivisia tai eivät. Hankkeemme ajatuksena on, että tästä kansainvälisestä virrasta tulisi saada nykyistä suurempi osuus Suomeen. Sekä Helsingin kaupungin että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kiinnostus saada ulkomaista työvoimaa kohdistuu sairaanhoitajiin, joita koskevat kansainvälisen liikkuvuuden säännöt ja toimintamallit eivät ole vielä täsmentyneet.

Sairaanhoitajat ovat niitä ammattiryhmiä, joista suomalaisilla työnantajilla on työvoimapulaa². Ulkomaisten sairaanhoitajien rekrytointi ei kuitenkaan ole ongelmatonta. Monissa maissa sairaanhoitajien enemmistö ei vielä täytä yleiseurooppalaisen pätevyyden määrittelevän direktiivin vaatimuksia, koska he ovat saaneet koulutuksensa ennen kuin direktiivi on kansallisesti hyväksytty. Tästä syystä näiden hoitajien todellisen pätevyyden arviointi on vaikeaa. Suomessa ei myöskään ole luotu heille kansallisella tasolla hyväksyttyä pätevytysjärjestelmää. Tämä ongelma koskee myös kaikkia EU:n ulkopuolelta tulevia sairaanhoitajia. Tässä raportissa pohditaan sitä, kuinka toisen EU-maan sairaanhoitaja voi siirtyä työhön Suomeen sairaanhoitajan eikä esimerkiksi lähihoitajan ammattiin.

Oman erityisryhmänsä muodostavat ne ulkomalaiset, jotka suorittavat suomalaisessa ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajan tutkinnon. He saavat ammatinharjoittamisen oikeuden Suomessa, mutta useimmat heistä eivät käytännössä pysty työskentelemään koulutusta vastaavissa tehtävissä puutteellisen kielitaidon vuoksi. Kaikissa ammattikorkeakouluissa suomen opiskelu on mahdollista, mutta opiskelijoille ei ole asetettu sellaisia kielitaitovaatimuksia, jotka riittävät työelämässä. Tässä projektissa ei kuitenkaan ole pohdittu sitä, kuinka ammattikorkeakoulujen kielenopetusta kehittämällä projektin partnerit voisivat hankkia työvoimaa Suomessa opiskelevista ulkomaalaisista.

Sairaanhoitaja tarkoittaa Attraktiivinen Suomi -hankkeessa henkilöä, joka täyttää sairaanhoitajien koulutuksesta ja pätevyydestä annetun EU-direktiivin (2005/36/EY) vaatimukset. Suomessa sairaanhoitajan tutkinto on tällä hetkellä alempi akateeminen tutkinto (ns. bachelor-tutkinto), mutta automaattisen tunnustamisen saamiseksi (kts kohta 4.2.1.) koulutuksen ei tarvitse olla bachelor-niminen, kunhan se täyttää direktiivin vaatimukset. Ennakointitiedon pohtimisen ja maakuvausten yhteydessä hankkeessa on kuitenkin kuvattu muidenkin terveydenhuollon ammattiryhmien, kuten lääkäreiden ja lähihoitajien, lukumääriä. Kansainväliset tilastot (esim. OECD, WHO) eivät aina erottele sairaanhoitajia koulutustaustan mukaan, minkä vuoksi eri maiden tilastojen vertailu on vaikeaa.

Meneillään oleva talouskriisi on vähentänyt työvoiman maahanmuuttoa koskevaa intressiä Suomessa. Taantuman vaikutukset näyttävät kuitenkin vuoden 2010 loppupuolella väliaikaisilta, vaikka suhtautuminen maahanmuuttoon lienee kiristynyt: osaavan työvoiman saanti nousee nopeasti uudelleen keskusteluun. Julkisen diskurssin painopiste näyttää siirtyvän ns. kolmansista maista tuleviin muuttajiin ja heidän asemaansa: he voivat tulla pakolaisina tai turvapaikan hakijoina, mutta myös esimerkiksi avioliittoon suomalaisen kanssa tai suoraan töihin, kun taas EU-maiden yhdentyneillä työmarkkinoilla puhutaan usein pelkästään työvoiman liikkuvuudesta. Euroopan unionin maat ja niiden työnantajat kilpailevat nyt keskenään vapaasti liikkuvasta työvoimasta, vaikka EU-kansalaistenkin liikkuesssa maasta toiseen kyse on edelleen maahanmuutosta. Tilanne on uusi eikä sitä ymmärretä meillä kovin hyvin.

Työperusteista maahanmuuttoa edistää tällä hetkellä yli 20 ESR-hanketta. Kun yksityissektorin kysyntä on hiipunut, yhteistyökumppaneita haetaan julkiselta sektorilta. Julkinen sektori suunnittelee työvoiman tarvetta pidemmällä tähtäimellä, jolloin työvoiman kysyntä on vakaampaa. Niinpä monet, alun perin muista ammateista kiinnostuneet hankkeet ovat muuttaneet tavoitteitaan ja pyrkivät kehittämään nimenomaan terveydenhuollon työvoiman rekrytointia ohjelmakauden 2008 - 2010 aikana. MATTO- hankkeen puitteissa Attraktiivinen Suomi on keskustellut työnjaosta ja vaihtanut tietoja muiden aihetta käsittelevien hankkeiden kanssa. Näitä ovat olleet erityisesti Helsingin, Espoon ja

Vantaan kaupunkien henkilöstöpalveluyhtiö Seure Oy:n hanke Sujuvasti suomalaiseseen työelämään, Uudenmaan alueella toimivat Gateway-projekti ja COFI-projekti sekä porilainen Työhön Satakuntaan -hanke. Lisäksi Attraktiivinen Suomi -hanke on hyötynyt merkittävästi Helsingin kaupungin Inkeri-hankkeiden kokemuksista ja kaupungin henkilöstökeskuksen laajasta maahanmuuttajien koulutuksesta. HUS:n hanke, jossa on tuotu Filippiineiltä 20 sairaanhoitajaa HUS:n erikoistehtäviin, on tarjonnut kiinnostavan vertailukohdan projektimme työlle Euroopan unionin sisällä.

Lisäksi hankkeellamme on ollut yhteyksiä kahteen Euroopan 7. puiteohjelman rahoittamaan tutkimukseen, WHO-EUROn johtamaan PROMETHEUS-projektiin ja Leidenin yliopiston johtamaan RN4CAST-projektiin. Edellisen suomalaisena partnerina toimii Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja jälkimmäisen partnerina Itä-Suomen yliopisto. Hankkeen aikana on seurattu myös kunnallisen työmarkkinajärjestön rekrytointiverkostossa mukana olevan Kiina-hankkeen etenemistä.

Attraktiivinen Suomi on teettänyt pienimuotoisia selvityksiä eri maista. Yhteistyökumppanina Unkarissa ja Puolassa on ollut Finpron toimisto, Puolassa myös tohtori Marcin Kautsch Krakovan yliopiston kansanterveystie-

teen laitokselta sekä Virossa tutkimuslaitos Praxis. Hanke on pitänyt yhteyttä Eures-työnvälitysjärjestelmään niin kansallisella kuin kansainvälisellä tasolla. Kun verrataan käytännön yhteydenpitoa hankehakemuksen luetteloon suunnitellusta yhteistyöstä, huomataan, että projekti noudatti suunnitelmaa varsin tarkasti. Konkreettinen yhteistyö Euroopan sairaalaliiton (European Hospital and Healthcare Federation) vaihto-ohjelmaan ei ole kuitenkaan alkanut projektin aikana, vaikka hankekumppanit ovat liiton jäseniä. Liitto oli mahdollisena yhteistyökumppanina projektihakemuksessa.

Hankkeessa on tutustuttu maahanmuuttoa ja terveydenhuollon liikkuvuutta koskevaan kirjallisuuteen ja kirjoitettu käytännöllisiä ja tieteellisiä artikkeleita hankkeen teemoista. Niitä esitellään raportin eri osissa tai sen liitteissä. Hankkeen edustajat ovat osallistuneet maahanmuuttoa ja rekrytointia koskeviin tilaisuuksiin ja käyttäneet niissä puheenvuoroja. Luettelo näistä tilaisuuksista ja puheenvuoroista on liitteenä 2.

¹Ailasmaa, Reijo: Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2007. Tilastoraportti. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.

²Tuomaala, Mika & Torvi, Kai: Kohti työperusteita maahanmuuttoa: ulkomailta palkattavan työvoiman tarpeen arviointi. TEM analyysija 9/ 2008. Helsinki.

3. HANKKEEN HALLINTO JA ORGANISAATIO

HANKKEEN hallinnosta on vastannut Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kansainvälisten asiain yksikkö. Hankkeen ohjausryhmään kutsuttiin projektin kumppaneiden ja keskeisten sidosryhmien edustajat.

Ohjausryhmään kuuluivat seuraavat henkilöt:

- Helsingin kaupunki: osastopäällikkö Eija Hanni, varajäsen erityissuunnittelija Leena Lähdesmäki-Koistinen
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS): palvelussuhdejohtaja Anne-Maria Mäkinen, varajäsen kehittämispäällikkö Riitta Meretoja
- Sosiaali- ja terveysministeriö: neuvotteleva virkamies Marjukka Vallimies-Patomäki
- Tehy ry: osastonhoitaja Reija Sjöholm, varajäsen osastonhoitaja Jaana Takala
- Super ry: pääluottamusmies Silja Paavola
- THL:n kansainvälisten asiain yksikkö: yksikön päällikkö Jutta Immanen-Pöyry, 5.4.2010 alkaen yksikön päällikön sijainen Timo Sorsa
- Uudenmaan ELY-keskus: projektipäällikkö Hannu-Pekka Huttunen, INSITE-projekti

Ohjausryhmän puheenjohtajana on toiminut osastopäällikkö Eija Hanni ja varapuheenjohtajana palvelussuhdejohtaja Anne-Maria Mäkinen.

Ohjausryhmän asiantuntijana on toiminut Uudenmaan ELY-keskuksen ESR-koordinaattori Auli Vuorela.

Ohjausryhmän kokouksiin on osallistunut myös SUPER ry:stä suunnittelija Leena Kaasinen-Parkatti. THL:stä ovat osallistuneet seuraavat henkilöt: kehittämispäällikkö Simo Mannila, projektipäällikkö Minna Sinkkonen,

kansainvälisten asiain koordinaattori Sanna Vesikansa, tiedottajat Anne Vienonen ja Mirja Karlsson, talouspäällikkö Timo Sorsa ja projektkoordinaattori Raija Sillanpää. Ohjausryhmän sihteerinä on toiminut Attraktiivinen Suomi -hankkeen projektipäällikkö Ulla Parviainen.

Ohjausryhmä on kokoontunut 10 kertaa. Sen jäseniin on oltu tarpeen mukaan yhteydessä myös kokousten välillä.

Projektille myönnettiin alun perin 814 715 euroa. Projektin edetessä huomattiin, että toiminnot voidaan toteuttaa pienemmällä rahoituksella. Uudeksi budjetiksi vahvistettiin 597 530 euroa, josta on vuoden 2010 loppuun mennessä käytetty noin 520 000 euroa. Hankkeen rahoituksen omavastuuosuuden ovat maksaneet puoliksi Helsingin kaupunki ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Keväällä 2010 projektin partnereilta kyseltiin näkemyksiä hankkeen etenemisestä ja mahdollisesta uudelleen suuntaamisen tarpeesta. Tarvetta ei ilmennyt merkittäviin muutoksiin. Hanke eteni tuolloin muuten hyvin, vain kansainvälisen verkoston luomisen todettiin edenneen "kohtalaisesti". Tämä pyrittiin korjaamaan hankkeen loppukuukausien aikana, sen jälkeen kun potentiaalinen yhteistyömaa on voitu määritellä.

Hankkeen edustaja on osallistunut INSITE-hankkeen järjestämään itsearviointikoulutukseen. Tässä koulutuksessa tarjotun mallin mukaisesti projektitiimin jäsenet ovat pohtineet hankkeen toimintaa, sen onnistumista ja tulosten kestävyttä. Hankkeen edellytettiin myös osallistuvan MATTO-projektia koskevaan ohjelmason arviointiin, joka tilattiin Kuntoutussäätiöltä.

4. HANKKEEN TOTEUTUS JA TULOKSET

HANKEHAKEMUKSESSA luetteloidut toimenpiteet, tulokset ja ennakoidut tuotteet on projektin aikana ryhmitelty komponentteihin. Seuraavassa esitetään hankkeen toimenpiteet, päätoiminnot ja tulokset niistä muodostettujen komponenttien mukaan.

Hankkeen toimenpiteet:

1. terveydenhuollon työvoimatarpeiden ennakoinnin kehittäminen erityisesti Helsingin ja Uudenmaan alueella (projektikumppanien toiminta-alue)
2. terveydenhuollon työvoiman ja pätevyysien kartoittaminen muutamissa EU-maissa kirjallisuuden ja internetin kautta
3. terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuutta tukevan verkoston luominen projektin kumppanien ja muiden EU-maiden instituutioiden välille
4. terveydenhuollon työvoiman kartoittaminen valituissa maissa (syventäen kohdan 2 työtä)
5. alan tutkintojen vastaavuuksien selvittäminen
6. opastusjärjestelmän kehittäminen Suomeen aikoville terveydenhuollon työntekijöille yhteistyössä muiden hankkeiden kanssa
7. lähtömaille tarjottavien kompensatioiden selvittäminen ja
8. kirjallinen toimintamalli ja julkaisu

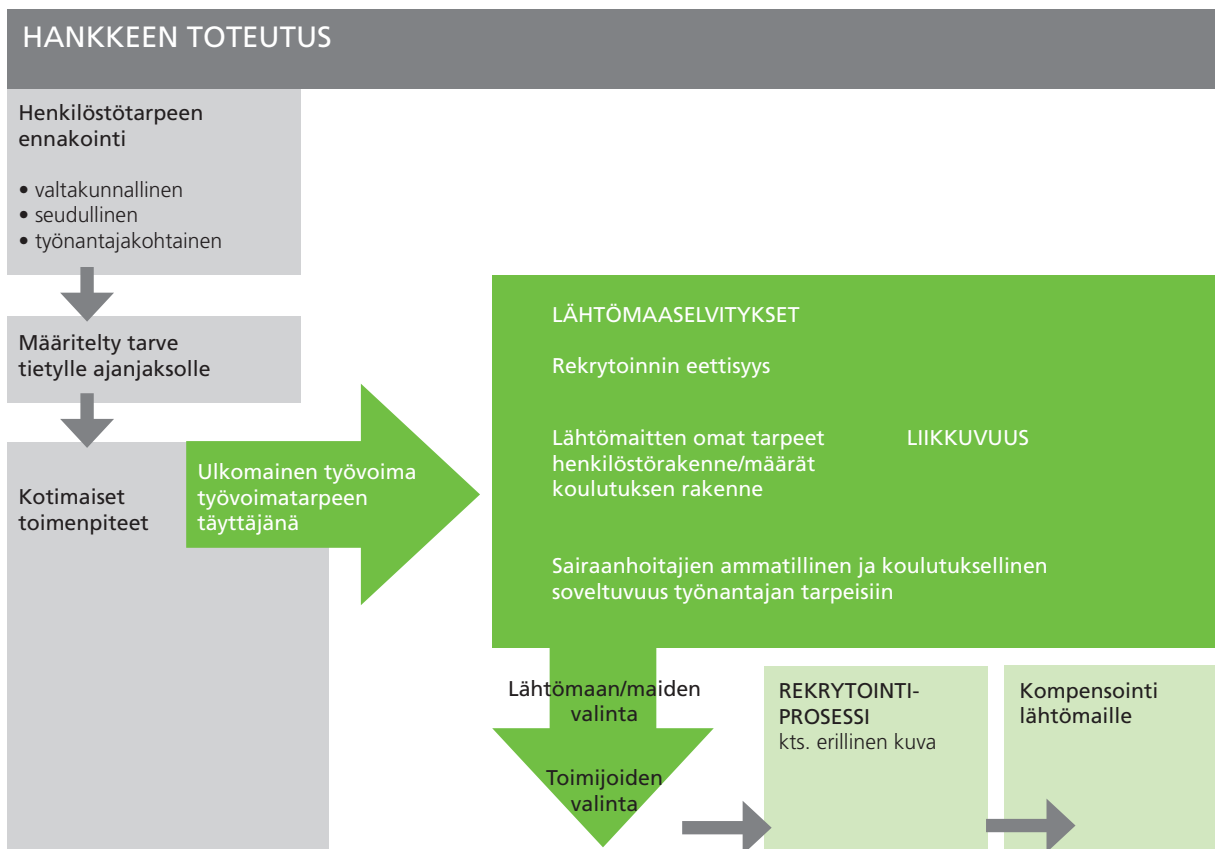
Kaikkia näitä toimenpiteitä vastaavat ennakoidut tulokset. Ne voidaan ryhmitellä neljään pääryhmään:

1. **ennakointitiedon kokoaminen ja kehittäminen**
2. **maaselvitykset sairaanhoitajaresursseista, sairaanhoitajien pätevyydestä ja kansainvälisestä liikkuvuudesta**

3. opastusjärjestelmän kehittäminen
4. **rekrytointimallin kehittäminen (mukaan luettuna lähtömaille tarjottavien kompensatioiden selvittäminen).**

Opastusjärjestelmän kehittämisen Euroopan sosiaalirahaston toimintalinja 4:n hengessä tarkoittaa tässä sitä, että työvoiman valikointia ja erilaisia koulutuksia tulisi järjestää kustannussyistä osittain jo lähtömaassa. Hankkeen panos tähän on tapahtunut yhteistyössä muiden ESR-projektien kanssa eikä sitä voi pitää projektin itsenäisenä komponenttina. Euroopan sosiaalirahasto rahoitti myös hankkeita, joiden päähuomio keskittyi opastusjärjestelmän kehittämiseen. Toiminnan optimaalisen suunnittelun kannalta pidettiin parhaimpana tukea näiden hankkeiden työtä kommentein ja täydennyksin sen sijaan, että olisi tuotettu oma ehdotus opastusjärjestelmästä.

Työhön Satakuntaan -hanke on laatinut oppaan Suomeen tuleville sairaanhoitajille, jota Attraktiivinen Suomi -hanke on kommentoinut. Tämän täyttää mielestämme osaksi ne tavoitteet, jotka projektissa asetettiin alun perin opastusjärjestelmän kehittämiselle. Lisäksi projektin matkaraporteissa, jotka kuvaavat kokemuksia Ruotsista ja Puolasta, esitellään erilaisia opastusjärjestelmiä. Rekrytointimallin esittelyssä on myös opastusjärjestelmän kehittämistä koskevia näkemyksiä. Tärkein kysymys siinä on, missä määrin rekrytoivan työnantajan tulee olla mukana työvoiman hankinnan eri vaiheissa, ja millaisia vaihtoehtoja voidaan käyttää hyväksi kieli- ja kulttuurikoulutuksen järjestämiseksi jo lähtömaassa.



Kuvio 1. Attraktiivinen Suomi -hanke, komponentit ja eteneminen.

4.1. HENKILÖSTÖN TARVE JA SEN ENNAKOINTI

4.1.1. Mitä ennakointi on

Ennakointi on monimutkainen prosessi, joka perustuu toisaalta olemassa olevan kvantitatiivisen tiedon kokoamiseen ja analysoimiseen ja toisaalta ajankohtaisten kehityskulkujen todennäköisten vaikutusten arvioimiseen. Suomessa ennakointi tapahtuu etupäässä alueellisella eli maakunnallisella tasolla, minkä vuoksi Helsingin seudun kannalta Uudenmaan liitto on keskeisessä asemassa. Perinteisesti kuitenkin elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskukset ovat kehittäneet alueellista ennakointia huomattavasti. Projektin kumppaneista erityisesti Helsingin kaupungilla ja Helsingin seudulla on omaa merkittävää ennakointityötä.

Metodisesti tärkeimpiä ennakoinnin kehittäjiä

Suomessa on ollut opetushallitus, joka on kehittänyt koulutuksen ennakointia varten oman ENSTI-internet-sivuston. Tällä sivustolla on runsaasti tietoa ennakoinnin eri menetelmistä. Lisäksi Tulevaisuuden tutkimuskeskus Turussa on tutkinut ja kehittänyt ennakointia ja on tiettyjen ennakoinnin kvalitatiivisten menetelmien keskeinen asiantuntija Suomessa.

Euroopan unionin maissa on puutetta kunnan ennakointitiedosta, jota voi käyttää terveydenhuollon henkilöstön kehittämisessä. Ennakointitiedon yhtenä kehittämistarpeena on, mitä tiedetään henkilöstön liikkuvuudesta ja siitä, voiko kansainvälinen liikkuvuus tai rekrytointi tyydyttää osaltaan työvoiman kysyntää. Projektimme on tuottanut lyhyen, yleisluonteisen ter-

veydenhuollon työvoiman ennakkointia ja sitä koskevia uusimpia eurooppalaisia hankkeita koskevan tekstin, joka on liitteenä 3 ja julkaistu myös INSITE-hankkeen raportissa³. Attraktiivinen Suomi -hanke on koonnut tehtävänasettelunsa mukaisesti erityisesti sairaanhoitajia koskevaa ennakkointitietoa.

Viime aikoina on ilmestynyt useita merkittäviä, Suomeen liittyviä raportteja, jotka sisältävät kiinnostavaa tietoa ennakkoinnista ja heijastavat tärkeiden asianosais-tahojen näkemyksiä asiasta. Näitä raportteja on käytetty hyväksi Attraktiivinen Suomi -projektissa, mutta niiden sisältöä ei esitellä erikseen. Raportteja ovat esimerkiksi

- Tuomaala, Mika & Torvi, Kai: Kohti työperusteita maahanmuuttoa: ulkomailta pal-kattavan työvoiman tarpeen arviointi. TEM analyseja 9/ 2008. Helsinki.
- Raunio M & Pihlajamaa E & Carrol H: Työmarkkinoiden kansainvälistymispalvelut: ulkomaalaisen osaamisen kanava Suomen elinkeinoelämään, Helsingin kaupungin tietokeskuksen tilaama tutkimus
- Raunio M & Forsander A: The Welfare State in Competition for Global Talent. From National Protectionism to Regional Connectivity - the Case of Finland. Peter Lang Internationaler Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 2010.
- Asa R & Muurinen H: Maahanmuutto työvoiman tarpeen täyttäjänä. Maahanmuuttovirasto, Helsinki 2010.
- Ailasmaa, Reijo: Sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstö 2007. Tilastoraportti. Helsinki: Terveys ja hyvinvoinnin laitos, 2010.

4.1.2. Attraktiivinen Suomi ja ennakkointi

Terveys- ja hyvinvoinnin kansalliset työvoimaongelmat joh-tuvat WHO:n mukaan henkilöstöpolitiikan globaalista epäonnistumisesta. Henkilöstötarpeesta esitetään hyvin erilaisia näkemyksiä, koska eri arviot ottavat eri tavoin huomioon asiaan vaikuttavat tekijät, kuten väestön ikääntymisen, yhteiskunnan vaurastumisen, nuorten ikäluokkien koon ja kiinnostuksen hakeutua töihin hoi-toalalle sekä terveydenhuollon teknologian ja organi-

saatioiden kehityksen. Hankkeessa ei ole tuotettu yhtä selkeää vastausta tulevaisuuden henkilöstötarpeisiin. Hankkeen kumppaneilla on jo ennestään osana henki-löstökehittämistä merkittävä kokemus ennakkoinnista.

Hanke on seurannut suomalaista keskustelua maahanmuutosta ja maahanmuuttopolitiikasta, erityi-sesti työperusteisen (tai työvoiman) maahanmuuton kehittämistä koskevia virallisia kannanottoja. Näitä ovat esimerkiksi

- Työministeriö: Hallituksen maahanmuutto-poliittinen ohjelma. Työministeriön julkaisuja. Helsinki 2007. Helsinki.
- Sisäasiainministeriö: Työvoiman maahanmuuton edistämisen yhteistyömuodot lähtömaiden kanssa. Sisäasiainministeriön julkaisuja 31/ 2008. Helsinki.
- Sisäasiainministeriö: Työvoiman maahanmuuton toimenpideohjelma. Sisäasiainminis-teriön julkaisuja 23/ 2009. Helsinki.

Yleistä pohdiskelua terveydenhuollon työvoiman kan-sainvälisestä liikkuvuudesta ja suomalaisten työnantajien mahdollisuudesta käyttää sitä hyväkseen on liitteenä 4. Sama teksti ilmestyy myös Yhteiskuntapolitiikka-lehden numerossa 4/2010.

Ennakkointi on sekä Helsingin kaupungilla että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä osa henki-löstöpolitiikkaa ja -suunnittelua. Helsingin kaupungilla on Helsingin kaupungin tietokeskuksen em. työhön perustuen kehitetty oma ennakkointijärjestelmä, jota eri virastot noudattavat omalla tavallaan. Kvantitatiivisessa ennakkoinnissa, joka on kaiken suunnittelun perusta, tarkastellaan työvoimaa, ammatillista koulutusta ja eri ammattien koulutustaustoja, tulovirtoja ja poistumaa ja pohditaan työvoiman vaihtuvuutta ja kasvun tai supis-tumisen tarvetta toimialoittain ja ammattilaittein. Poistu-mavirroista tärkeitä ovat eläkkeelle siirtyminen, joka on kaikissa julkisen sektorin ammattilaitteissa lähivuosikymmeni-nä huomattavan suurta, ja muu vaihtuvuus, joka johtaa lyhytaikaisiin työsuhteisiin. Lyhytaikaiset työsuhteet ovat HUS:n mukaan hyvin yleisiä nuorten naisten keskuudes-sa. Jälkimmäistä vaihtuvuutta monet pitävät suurempa-na ongelmana kuin eläkkeelle siirtyvien suurta osuutta.

Niin Helsingin kaupunki kuin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri ovat huomattavan houkuttelevia

työnantajia omalla alallaan. Niillä ei ole niin paljoa puutetta työvoimasta kuin monilla muilla tahoilla, mutta on muistettava, että Tuomaalan ja Torven (2010) mukaan sairaanhoitajapula on yleinen Suomessa. Uudellamaal-la arvioidaan, että tähän saakka käytetty 60 prosentin ylimäärä sairaanhoitajien koulutuspaikoissa suhteessa työvoiman tarpeeseen ei riitä, vaan tulisi kouluttaa kaksi kertaa enemmän väkeä kuin alalla tosiasiaassa tarvitaan, koska henkilöstöä siirtyy suurin määrin muihin tehtäviin tai työvoiman ulkopuolelle. Ilmiö liittyy terveydenhoidon korkean statuksen alenemiseen ja meillä tavanomaiseen kouluttautumiseen moniin ammatteihin, mikä tulee ottaa ennakkoinnissa huomioon, vaikka asian korjaaminen ei kuulu tämän projektin tehtävänasettelun piiriin. Nykytiedon mukaan Helsingin seutu on menettänyt jonkin verran houkuttelevuuttaan eikä voi entiseen tapaan luottaa siihen, että muualta hakeutuu alueelle työvoimaa. Tähän kehitykseen vaikuttavat monet tekijät kuten asumisen kalleus.

Terveydenhuollon henkilöstötarpeen ennakkoinnissa pitää seurata paitsi koulutuksen ja työvoiman varantoja ja virtoja myös väestön palvelutarpeen kehitystä. Väestön ikääntyminen lisää suoraan henkilöstön tarvetta. Väestön toimintakykyiset elinvuodet ovat kuitenkin pidentyneet eliniän pidentymisen myötä. Jos toimintakykyiset vuodet voivat pidentyä elinikää nopeammin tai jos elinikä ei enää pitene, mutta toimintakykyiset elinvuodet kasvavat, hoidon tarpeen kasvu voi hidastua tai pysähtyä. Tästä voidaan rakentaa erilaisia skenaarioita, mutta ei voitane laskea sen varaan, että toimintakykyiset elinvuodet lisääntyvät tulevaisuudessa samaa tai nopeampaa vauhtia kuin viime aikoina on tapahtunut, varsinkin kun ikäihmisten toimintakyvyttömiä vuosien määrä on meillä jo nyt pieni.

Projektin järjestämässä tulevaisuustyöpajassa marraskuussa 2010 pyrittiin konkretisoimaan niitä muutoksia, joiden arvioidaan vaikuttavan terveydenhuollon henkilöstötarpeeseen. Työpajassa sovellettu menetelmä on tulevaisuuden tutkimuksen tavanomainen kvalitatiivinen ryhmätyömetodi, jonka avulla asiantuntijat voivat yhdessä rakentaa eri skenaarioita sovitusta aiheesta. Seppo Monténin tutkimus *"Koulutus ja työvoima. Helsingin seutu 2020 - osaamisella kohti tulevaisuutta"* (2010) Helsingin seudun koulutuksesta ja työvoimatarpeista on tällä hetkellä merkittävin kvantitatiivinen enna-

kointiraportti Helsingin seudun työvoimatarpeista, joka antoi perustiedot työpajan työskentelylle.

- Monténin raportti osoittaa monin tavoin, että työvoiman saanti hoitoalalle tulevaisuudessa on erittäin ongelmallista. Eläkkeelle siirtyvät ikäluokat ovat suuria, mutta työelämään tulevat ikäluokat ovat pieniä. Kilpailu nuorisosta tulee vuoteen 2020 mennessä kasvamaan huomattavasti. Mahdollisuudet saada työvoimaa muualta Suomesta joko muuton tai lähialueilta tapahtuvan päivityksen työssäkäynnin lisääntymisenä ovat tulevaisuudessa aikaisempaa rajallisemmat, vaikka muu Suomi on tähän mennessä toiminut Helsingin seudun työvoimavarantona. Terveyspalvelujen kysyntä kasvaa myös ikääntyvän väestön varallisuuden kasvun myötä.

Vuonna 2020 Helsingin seudulla on sosiaali- ja terveydenhuollossa arviolta yli 100 000 työpaikkaa, kun nyt niitä on noin 80 000. Työpaikkoja avautuu suhteellisesti eniten nimenomaan sosiaali- ja terveysalalle. Sairaanhoitajille avautuu tehdyn arvion mukaan 11 800, perus- ja lähihoitajille 10 800 ja lääkäreille 4 200 työpaikkaa. Nämä työpaikat siis kattaisivat sekä vanhuus- tai työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen tai kuoleman johdosta tapahtuvan poistuman että väestönkasvun ym. aiheuttaman lisätyön tarpeen.

Monténin tutkimuksen mukaan sairaanhoitajia poistuu työvoimasta noin 500 - 600 henkeä vuodessa kymmenvuotiskaudella 2010 - 2020. Sosiaali- ja terveysalan yhteinen poistuma on vuosittain noin 2 000 henkilöä, mikä on noin 34 prosenttia kaikista alan työntekijöistä vuosina 2007 - 2020. Sairaanhoitajien poistuma on 31 prosenttia ja perus- ja lähihoitajien 35 prosenttia. Määrällisesti eniten mainitulla kymmenvuotiskaudella kasvaviin - laskettuna avautuvien työpaikkojen määrällä - kuuteen ammattiin luetaan sairaanhoitajien ja perus- ja lähihoitajien lisäksi sosiaalialan työntekijät ja ohjaajat, ravitsemusalan työntekijät sekä kauppiat ja myyjät.

Nuorten 17–21 -vuotiaiden ikäluokkaennuste vaipeu alimmilleen vuoteen 2020 mennessä: kun vuosi-ikäluokka on nyt noin 16 600 ja kasvaa 17 000 asti lähivuosina, se alenee noin 15 450 tienoille vuonna 2020. Se alkaa tämän jälkeen taas kasvaa, yltää nykytasolle vuonna 2030 ja jatkaa sitten kasvuaan. Tämä merkitsee, että demografinen työvoimapula, jolle on ominaista, että nuorten ikäluokat yltävät vaivoin tai ei lainkaan kattamaan ikääntyvien ja työvoimasta pois siirtyvien ikäluokat, alkaa olla ominaista myös Helsingin seudulla. Vuosittainen vajeus on vuodesta 2011 alkaen noin 4 000 henkilöä koko työvoimasta. Tutkimuksen mukaan niiden terveydenhuollon osaajien osuus, jotka eivät työskentele omalla alallaan, on Helsingin seudulla pieni, toisin kuin usein väitetään, eikä tämäkään ryhmä voi olla tulevaisuuden reservi.

Kyseessä on Helsingin seudulla suuri rakennemuutos, jonka hoitamiseen tarvittaneen monia eri toimenpiteitä. Tärkeimpänä tekijänä, joka voi vaikuttaa tilanteeseen ja jota Monténin raportissa ei käsitelty, voitaneen pitää Helsingin seudun ja Tallinnan työmarkkinoiden yhtenäistymistä, josta terveysalallakin on jonkin verran esimerkkejä.

Attraktiivinen Suomi -hankkeessa on järjestetty kaksi ennakkointia käsittelevää tilaisuutta:

- Ensimmäisessä tilaisuudessa 2009 koottiin väljästi tietoa terveydenhuollon henkilöstötarpeista niin Helsingin kaupungilla kuin HUS:n palveluissa, käsiteltiin maakuntatason ennakkoinnin kehittämistä ja pohdittiin kansallisen tason haasteita asiassa. Tilaisuudessa luotiin puitteet aiheen kehittämistyölle projektissa, koottiin tietoa, mutta ei tuotettu uusia näkemyksiä aiheesta.
- Toisessa tilaisuudessa lokakuussa 2010 käsiteltiin uusimpia tietoja kvantitatiivisin menetelmin tapahtuvasta ennakkoinnista Helsingin

kaupungin tietokeskuksen Seppo Monténin (2010) tuoreen julkaisun mukaisesti sekä järjestettiin Tulevaisuuden tutkimuskeskuksen tutkijan Ville Lauttamäen johtama tulevaisuustyöpaja, jossa pyrittiin arvioimaan ennakkoituja laadullisia muutoksia terveydenhuollon organisaatiossa ja teknologiassa, niiden todennäköisyyttä ja vaikutusta tilanteeseen (muistio työpajasta sisältyy liitemuistion 1. asiakirjoihin). Tulevaisuustyöpajan tulos on projektin oma panos ennakkoinnin kehittämiseen, muu työ on ollut olemassa olevan tiedon kokoamista ja julkaisemista.

- Tulevaisuustyöpajassa kiinnitettiin huomiota ennen kaikkea kahteen keskeiseen tulevaisuuden muutostekijään, uudenlaiseen työnjakoon terveydenhuollossa ja teknologian kehityksen vaikutukseen. Tarvitaan uutta työnjakoa, joka merkinnee lähihoidon korostumista sairaanhoidon kustannuksella: tulevaisuudessa tarvitaan enemmän hoivaa, muttei välttämättä enemmän hoitoa. Tähän pääseminen edellyttää alan koulutuksen sisällöllistä kehittämistä ja koulutustasojen tarkistamista, opetussisältöjen muuttumista käytännöllisempään suuntaan; mekanismi, jolla voidaan käsitellä muutoksen esteenä olevia intressiristiriitoja konkreettisella tavalla; pakon konkretisoimista, koska merkittävätkin muutokset tapahtuvat yleensä vasta pakon edessä; kansalaisen itsemääräämisoikeuden korostamista ja turvaamista. Teknologian kehityksessä olemme kauan eläneet tilannetta, jossa se ei ole vähentänyt henkilöstötarvetta, vaikka niin on oletettu; tulevaisuudessa hoito muuttuu entistä tietoteknisempään suuntaan, mikä voi vaikuttaa henkilöstötarvetta vähentävästi ja lisätä alan houkuttelevuutta. Luonnollisesti vähemmänkin myönteisiä skenaarioita voidaan rakentaa⁴.

4.2. MAASELVITYKSET: SAIRAANHOITAJIEN PÄTEVYYS, RESURSSIT JA LIKKUVUUS

4.2.1. EU-MAIDEN SAIRAANHOITAJIEN KOULUTUKSELLINEN JA AMMATILLINEN SOVELTUVUUS SUOMEEN

Sairaanhoitajien katsotaan kuuluvan ammattitaitoiseen perustyövoimaan, ei erityisosaajiin. Erityiset vaatimukset ammatinharjoittamisoikeuden saamisesta (ja lisäksi vaatimukset paremmasta suomen kielen osaamisesta kuin muilla sektoreilla), tekevät hoitajien rekrytointiprosessista kuitenkin tavallista haastavamman.

Sairaanhoitajien ammattitaidon tunnustaminen perustuu Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviin 2005/36/EY, lakiin ja asetukseen terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä ammattipätevyyden tunnustamisesta. Direktiivissä määritellään vaatimukset täyttävän koulutuksen sisältö. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) myöntää hakemuksesta ulkomailla koulutetuille terveydenhuollon ammattihenkilöille, mukaan lukien sairaanhoitajat, oikeuden harjoittaa terveydenhuollon ammattia Suomessa.

Ammatinharjoittamisoikeus myönnetään joko yleisen tai automaattisen tunnustamisjärjestelmän mukaan. **Automaattisessa tunnustamisjärjestelmässä** peruseriaatteena on muodollista pätevyyttä osoittavien asiakirjojen automaattinen tunnustaminen silloin kun hakija on suorittanut direktiivin 2005/36 /EY tarkoittaman koulutuksen sen jälkeen, kun maa on hyväksytty EU:n jäseneksi.

Automaattisen tunnustamisen järjestelmää on lisäksi täydennetty siten, että myös ennen jäsenyyttä sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneet voivat tietyin edellytyksin tulla hyväksytyksi (saavutetut oikeudet). Jos jäsenvaltion kansalaisille annetut muodollista pätevyyttä osoittavat asiakirjat, jotka antavat oikeuden ryhtyä harjoittamaan ammattitoimintaa yleissairanhoidosta vastaavana sairaanhoitajana, eivät vastaa kaikkia direktiivin edellytyksiä, hakemus on kuitenkin hyväksyttävä, jos aiemmin suoritetun koulutuksen lisäksi hakija voi todistuksin osoittaa, että on toiminut sairaanhoitajana yhtäjaksoisesti vähintään kolme vuotta todistuksen myöntämistä edeltäneiden viiden vuoden aikana⁵.

Yleistä tunnustamisjärjestelmää sovelletaan tapauksiin, jossa sairaanhoitaja ei täytä automaattisen tunnustamisjärjestelmän edellytyksiä. Hakijan koulutusta verrataan silloin kansalliseen koulutukseen. Vertailun tekee Valviran pyynnöstä sairaanhoitajia kouluttava ammattikorkeakoulu. Mikäli hakijan koulutus eroaa olennaisesti kansallisesta koulutuksesta, hakija voidaan määrätä suorittamaan suomenkielinen kelpoisuuskoe tai sopeutumis aika, jolloin hakija toimii ohjauksen alaisena sairaanhoitajan tehtävissä Valviran määräämän ajan. Valviran päätös ammattitaidon tunnustamisesta perustuu ohjaajan lausuntoon. Ammatinharjoittamisoikeuden saaminen yleisen tunnustamisjärjestelmän kautta on aina työlös ja aikaa vievä prosessi, tapahtui se sitten lisäkoulutuksen tai työharjoittelun kautta. Tästä johtuen projektissa jo varhaisessa vaiheessa tehtiin ratkaisu, että kohderyhmänä pidetään vain niitä henkilöitä, joille arvioidaan ammatinharjoittamisoikeus myönnettävän automaattisen tunnustamisjärjestelmän kautta.

Nykyiset 27 jäsenmaata ovat liittyneet unioniin seuraavasti: 9 perustajamaata 29.6.1979, Kreikka 1.1.1981, Portugali ja Espanja 1.1.1986, Itävalta, Ruotsi, Suomi, 1.1.1995, 10 Itä-Euroopan maata (mukaan luettuna Malta ja Kypros) 1.5.2004; Romania ja Bulgaria 1.1.2007. Direktiivin tarkoittama koulutus on otettu käyttöön hiukan vaihtelevasti eri maissa joko hiukan ennen tai jälkeen liittymisen.

Yleisesti voidaan kuitenkin todeta, että vuonna 1994 tai sitä ennen liittyneissä jäsenmaissa on jo valmistunut direktiivin mukaisen koulutuksen käyneitä hoitajia yli kymmenen vuoden ajan. Vuonna 2004 liittyneissä maissakin sairaanhoitajia on valmistunut useammalta vuosikursilta. Jo ennen jäseneksi liittymistä koulutus on voinut olla tasoltaan vastaavaa, mutta ammatinharjoittamisoikeuden saamiseksi tarvitaan kuitenkin lisäksi tietty työkokemus, kuten edellä on kuvattu. Kun todennäköisimpiä muuttajia EU:n sisällä ovat nuoret hoitajat, lähivuosina koulutuksen vastaavuus ei siten enää tule olemaan uusien jäsenmaidenkaan sairaanhoitajien muuton este samassa määrin kuin tällä hetkellä.

4.2.2. LÄHTÖMAASELVITYKSET

Hankkeessa on tuotettu maaraportteja terveydenhuollon osaajista, heidän koulutuksestaan, liikkuvuudestaan

ja tarvittavista yhteistyökumppaneista. Tämä tieto on ollut tarpeen, jotta on pystytty arvioimaan ne maat, joiden kanssa kannattaa suunnitella yhteistyötä, mitkä ovat eettiset ja tarkoituksenmukaiset keinot toimia, kenen kanssa tulee olla yhteyksissä ja miten edetään, jos Helsingin kaupunki ja HUS päättävät ryhtyä rekrytoimaan sairaanhoitajia. Hankkeen alkuperäiseen suunnitelmaan kuului pilottirekrytointi. Koska hanke lyheni ohjelma-kauden johdosta, rekrytointivaihe jäi hankkeesta pois.

Maaselvitysten kohteena ovat olleet EU:n uudet jäsenmaat, koska näiden maiden sairaanhoitajien palkkaus ja työolot ovat sellaiset, että niistä hakeudutaan mielellään ulkomaille työhön. Projektin aikana tuli esille myös muita EU-maita potentiaalisina lähtömaina. Saksasta ja Portugalista koottiin jonkin verran tietoa, mutta hanke ei kuitenkaan edennyt niiden suuntaan. Saksasta on yritetty rekrytoida henkilöstöä ainakin Ruotsiin. Portugalista rekrytoidaan parasta aikaa muutamia terveydenhuollon erityisosaajia Suomeen. Näiden maiden etuna on se, että sairaanhoitajien pätevyyttä koskeva direktiivi on ollut jo kauan voimassa, mikä tarkoittaa sitä, että hoitajien muodolliset pätevyysvaatimukset on useimmiten täytetty. Tätä tärkeämpänä pidettiin kuitenkin Suomen parempaa palkkatasoa ja parempia työoloja verrattuna EU:n uusiin jäsen maihin.

Aluksi selvitettiin OECD:n ja WHO:n julkaisujen sekä nettitiedon perusteella useita EU-maita, joita olivat Tšekki, Slovakia, Puola, Unkari, Romania ja Bulgaria sekä Baltian maat. Tarkemmin tarkasteltiin Slovakiaa, Puolaa, Unkaria, Viroa ja Saksaa (ks. Liitekansio)

Slovakialaiset hoitajat liikkuvat tietyllä tavalla työn perässä lähinnä Tsekin tasavaltaan, jossa puolestaan on merkittävä hoitajapula. Romanian ja Bulgarian hoitajien pätevyydestä ei saatu luontevasti tietoja eikä Valviraan ole juurikaan tullut hakemuksia näistä maista. Romanian ja Bulgarian sulkemista pois projektin kohdemaalialta puolsi myös se, että Gateway-projekti suunnitteli aloittavansa niistä hoivasektorin työntekijöiden rekrytointin.

Baltian maihin ei kohdistettu enempää huomiota, koska maat ovat väestömäärältään hyvin pieniä ja niissä vallitsee merkittävä hoitoalan työvoimapula.

Viron tilannetta selvitettiin kuitenkin erikseen, vaikkei Viron kanssa aiottukaan tehdä yhteistyötä. Syyinä tähän oli se, että Uudenmaan ja Viron työmarkkinat ovat jo nyt osittain yhteiset. Sairaanhoitajia tulee tällä

hetkellä Virossa Suomeen oma-aloitteisesti ilman erillistä rekrytointiyhteistyötä. Hanke tilasi selvityksen Viron sairaanhoitajien määrästä, koulutuksesta ja liikkuvuudesta. Tutkimuslaitos Praxiksen tekemä selvitys kuuluu tämän raportin erilliseen liitekansioon. Selvitys osoittaa Viron sairaanhoidon resurssien vähäisyyden ja sen, että Suomi kuuluu virolaisten hoitajien tärkeimpiin kohdemaihin, jos he harkitsevat työnhakua ulkomailta. Tässä suhteessa Viro poikkeaa kaikista muista lähtömaista, joissa Suomi on varsin tuntematon ja yltää vain erikseen kysyttäessä mahdollisten tulomaiden joukkoon.

Potentiaalisiksi yhteistyömaiksi valikoituivat Unkari ja Puola. Unkariin huomio kiintyi paljolti siksi, että maassa opetetaan jo suomen kieltä. ESR-ohjelman toimintalogiikan mukaisesti hankkeessa tulee pohtia työperusteisille maahanmuuttajille uudenlaista opastusjärjestelmää. Tämä merkitsee muun muassa sitä, että osa nyt kotouttamiseen kuuluvista palveluista tapahtuisi jo lähtömaassa eikä vasta Suomessa. Kielenopetus ulkomailla on työnantajan vastuulla ja Unkarista löytyvien opettajien palkkaaminen tulisi työnantajalle huomattavasti edullisemmaksi kuin vastaava työ Suomessa.

Unkaria pidettiin hyvänä lähtömaana myös siksi, että unkarilaisiin työntekijöihin suhtauduttaisiin ehkä Suomessa ns. sukulaiskansan edustajina myönteisemmin kuin muualta tuleviin työntekijöihin. Lisäksi Suomen suurlähetystö Budapestissä on suhtautunut myönteisesti työvoiman Suomeen tuloon. Finpron Budapestin toimisto teki Unkarin sairaanhoitajista maaselvityksen (ks. Liitekansio).

Attraktiivinen Suomi -hanke esittäytyi Budapestin rekrytointimessuilla lokakuussa 2009 Helsingin kaupungin edustajien kanssa. Tarkoituksena oli hankkia tietoa työvoimatilanteesta ja jakaa Suomi-tietoa kävijöille. Messuilla oli myös suomalaisia organisaatioita, jotka rekrytoivat työvoimaa. Kävijöitä oli runsaasti, mutta rekrytoitaviksi sopivia sairaanhoitajia ei ollut. Tapahtuman yhteydessä hankkeen työntekijät sekä Helsingin kaupungin, Tehyn ja Superin edustajat tutustuivat Unkarin terveysministeriöön, sairaanhoitajien pätevyyttä valvovaan ja täydennyskoulutusta antavaan organisaatioon, kansainvälisen työnvälityksen Eures-organisaatioon, sairaanhoitajien ammattiyhdistykseen, Budapestin yliopiston lääketieteelliseen tiedekuntaan ja suomalaiseen rekrytointiyritykseen Selektään, joka hankkii terveydenhuollon

työvoimaa muutamisiin Suomen kuntiin Unkarista. (Ks. Matkaraportti liitekansiossa).

Tutustumiskäyntien ja keskustelujen perusteella päätettiin luopua Unkarista sairaanhoitajien kansainvälisen rekrytoinnin keskeisenä yhteistyömaana. Tärkeimpinä syinä päätökseen oli, että Unkarissa henkilöstörakenne sairaanhoidossa ja vastaavasti koulutusrakenne poikkeavat merkittävästi suomalaisesta. EU-direktiivin 2005/36/EY mukaisen koulutuksen aloituspaikkoja on vuosittain vain 500 – 600, kun Suomessa vastaava luku on runsaat 2 000. Suomenkin aloituspaikkamääriä pidetään liian vähäisenä. Unkarin sairaanhoito perustuu siis enemmän lähi- tai perushoitajatyövoimaan, ei sairaanhoitajiin EU-direktiivin määrittelemässä mielessä.

Lisäksi unkarilaiset näyttivät torjuvan terveydenhuollon osajien liikkuvuuden, vaikka maassa on viime vuosina toteutettu suuria sairaalareformeja, jotka ovat vapauttaneet työvoimaa. Tosin työttömyys on Unkarin kaltaisissa transitiomaissa heikko liikatyövoiman osoitin, koska maiden puutteellisen sosiaaliturvan johdosta työttömäksi rekisteröityminen ei ole kovin yleistä. Ihmiset siirtyvät helposti mihin tahansa työhön, josta saa toimeentulon varsinkin, kun hoitotyö ei ole yleensä hyvin palkattua.

Tarkempaan selvitystyöhön Puolassa päädyttiin etupäässä siksi, että se on suurin EU:n uusista jäsenmaista, minkä vuoksi myös sairaanhoitajien lukumäärä arvioitiin riittävän suureksi. Lisäksi esimerkiksi Puolan lääketieteen ja terveydenhuollon koulutustasoa pidetään korkeana. Puolan sairaanhoitajien suurta määrää ja tarvetta suhteuttaa maan hoitajakoulutus EU-pätevyysdirektiivin osoittaa se, että direktiivissä on erillinen määräys siitä, mitkä puolalaisen hoitajakoulutuksen osat voivat antaa EU-tason pätevyden.

Puolassa on totuttu myös maastamuuttoon ja liikkuvuuteen, mitä osoittaa puolalaisten sairaanhoitajien työllistyminen viime vuosina esimerkiksi Isoon-Britanniaan ja Irlantiin. Puolan sairaanhoitajien määrästä, koulutuksesta ja liikkuvuudesta tilattiin selvitys tohtori Marcin Kautschilta Krakovan yliopiston kansanterveystieteen laitokselta.

Selvitys osoittaa, että Puolassa oli vuonna 2007 yli 270 000 sairaanhoitajaa tai kättilöä, joista kolmannes oli alle 40-vuotiaita. Sairaanhoitajien keski-ikä oli 43 vuotta. Hoitajien tärkeimpiä erikoistumisaloja olivat yleinen sai-

raanhoito, kirurgia, anestesilogia tai tehohoito ja lasten sairaanhoito. Sairaanhoitajia koulutetaan joka puolella maata yli 20 sairaanhoito-oppilaitoksessa. Iso osa sairaanhoitajista ei työskentele omassa ammatissaan, sillä maassa on jonkin verran täyttämättömiä vakansseja. Tämä selvitys on kokonaisuudessaan liitekansiossa.

- Kun Puola liittyi EU:n jäseneksi, direktiivin lisättiin määräys (artikla 33), jonka mukaan automaattisen hyväksymisen saamiseksi hoitajalla, jonka koulutus on Dyplom licencjata pielegniarstwa tulee olla viimeisen viiden vuoden aikana kolme vuotta yhtäjaksoista työtä hoitajana. Vastavasti, jos koulutus on Dyplom pielegniarki albo pielegniarki, työkokemusta tulee olla yhtäjaksoisesti viisi vuotta edeltäneiden seitsemän vuoden aikana. Direktiivin antamisen aikaan puolalaiset hoitajat olivat erittäin tyytymättömiä järjestelyyn, koska muille maille ei tiettävästi asetettu vastaavia rajoituksia. Direktiivin määräys voi johtua paitsi puolalaisten sairaanhoitajien koulutustaustan heterogeenisuudesta, myös siitä, että puolalaisia hoitajia on määrällisesti erittäin paljon ja heidän pelättiin hakeutuvan runsaslukuisesti muiden EU-maiden työmarkkinoille.

Puola saa nykyään EU-rahoitusta sellaisen täydennyskoulutuksen järjestämiseen, joka antaa direktiivin mukaisen pätevyden. Puolalaiset hoitajat ovat arvostaneet tätä kouluttautumismahdollisuutta. Tähän mennessä yli 10 000 hoitajaa on suorittanut tutkinnon ja noin 40 000 hoitajan odotetaan pätevöityvän tätä kautta muutamien vuosien kuluessa. Sairaanhoitajakoulutuksen aloittaneiden määrät ovatkin kasvaneet viime vuosina. Esimerkiksi lukuvuonna 2008 - 2009 yli 18 000 uutta tai täydennyskoulutettavaa aloitti sairaanhoitajan opinnot. Koulutuksen keskeyttäneitä on vain vähän. Tämä nostaa Puolan sairaanhoidon tasoa. Samalla se antaa puolalaisille hoitajille mahdollisuuden hakeutua muihin EU-maihin nimenomaan koulutusta vastaaviin sairaanhoitajan töihin, eikä avustaviin tehtäviin, kuten aiemmin on paljon tapahtunut.

Puolaan on tehty kaksi tutustumismatkaa, toinen helmikuussa 2010 ja toinen kesäkuussa 2010. Matkojen aikana tavattiin keskeisten puolalaisten asianosaistahojen edustajia. Niitä olivat:

- Puolan terveysministeriö, sairaanhoito
- Maan terveydenhuollon valvontaviranomainen
- Eures-organisaatio
- Varsovan lääketieteellinen yliopisto
- Centre of Migration Research, Puolan johtava muuttoliikkeen tutkimuslaitos
- Puolan sairaanhoitajaliitto
- Sairaanhoitajien ammattijärjestö
- Suomen suurlähetystö
- Kaksi rekrytointiorganisaatiota (toinen puolalainen, toinen kansainvälinen).

Matkaraporttien tiivistelmä on tämän raportin liitteenä 6. Matkojen tuloksena syntyi käsitys, että Puola voi olla yhteistyömaa, jos Helsingin kaupunki ja HUS haluavat käyttää hyväksi sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta ja hankkia työvoimaa ulkomailta. Syyt tähän ovat seuraavat:

- Puolassa on suurena maana paljon sairaanhoitajia. Vain kaikkein nuorimpien koulutus on suoraan EU-tasolla, mutta muut ikäluokat ovat erittäin kiinnostuneita täydentämään osaamistaan. Lähivuosina maassa tulee olemaan yli 10 000, mahdollisesti kymmeniä tuhansia hoitajia, jotka erimuotoisin täydennyskoulutuksin ovat hankkineet eurooppalaisen pätevyyden.

Puola kärsii terveydenhuollon työvoiman vajauksesta samalla tavoin kuin useat muut maat ja on jopa heikommassa asemassa OECD:n tilastojen mukaan kuin Unkari. Puolan hallinnon edustajien asenne kansainväliseen liikkuvuuteen on kuitenkin myönteinen eikä liikkuvuutta heidän mukaansa tule rajoittaa, vaan siitä on pyrittävä hyötyämään. Käytännöllisesti katsoen kaikki puolalaiset tahot ovat ottaneet Attraktiivinen Suomi - hankkeen myönteisesti vastaan.

Projekti teetti tutkimuksen, jossa selvitettiin puolalaisten sairaanhoitajien asenteita kansainväliseen liikkuvuuteen, liikkuvuuden syitä, eri maiden houkuttelevuutta ja mahdollista kiinnostusta tulla Suomeen. Tämän selvityksen aineisto koottiin fokusryhmistä ja lomakekyselyllä seitsemästä sairaalasta ja kolmesta sairaanhoitopplaitoksesta. Kyselyn toteutti tohtori Marcin Kautsch Krakovan yliopiston kansanterveystieteen laitokselta.

Seuraavassa on kuvattu selvityksen tärkeimmät tulokset ja johtopäätökset. Tiivistetty kuvaus koko selvityksestä on liitteessä 5.

Tulokset:

- halukkuus hakea työtä ulkomailta oli melko alhainen, mikä liittyy osittain vastaajien ikään (sairaaloissa työskentelevät hoitajat ovat melko iäkkäitä) ja siihen, että työskentelykohteissa työolot olivat todennäköisesti pikemmin maan keskitason ylä- kuin alapuolella
- vain kolmannes sairaaloiden hoitajista oli harkinnut työn hakemista ulkomailta, kun taas oppilaitosten vastaajista selkeä enemmistö oli miettinyt asiaa
- kiinnostus ulkomailta työskentelyyn oli suurempaa nuoremmilla, paremmin koulutetuilla, johonkin hoitoalaan erikoistuneilla, useita työsuhteita omaavilla, työoloihinsa tyytymättömillä ja korkeampaa palkka odottavilla; he etsivät myös aktiivisesti tietoa työmahdollisuuksista ja kokivat muuttoajatuksen vähemmän ahdistavana
- kaikkien sairaanhoitajien mielestä palkka on tärkein ulkomaille muuttoon vaikuttava tekijä, oppilaitosten vastaajat totesivat myös kysyttäessä erikseen Suomesta, että heille on tärkeää saada osaamistaan vastaavaa työtä; kaiken kaikkiaan tiedot ovat jossakin määrin ristiriitaisia, vaikka palkan merkitys nousi selvästi esiin
- sairaanhoitajien odottama palkkataso on noin 1 750 – 2 200 euroa, opiskelijoiden odotukset ovat alhaisemmat kuin sairaaloissa jo työskentelevien hoitajien
- vastaajien tiedot Suomesta olivat vähäiset, ja annetuista tiedoistakin noin puolet oli väärää, Suomesta on yleensä vain stereotyyppisiä

mielikuvia huonosta säästä ja hyvin harvat tuntevat ihmisiä, jotka ovat edes käyneet Suomessa

- Euroopan maista houkuttelevimpia olivat Iso-Britannia ja Pohjoismaat, joilla tavallisesti kuitenkin tarkoitettiin Ruotsia ja Norjaa

Johtopäätökset:

1. Hoitajien liikkuvuuteen vaikuttaa erityisesti palkka, mutta myös työolot, kuten kansainvälisessä tutkimuksessa on aiemmin todettu: palkka on tärkein liikkuvuuden syy, mutta se ei toimi yksin, vaan tarvitaan myös muita syitä. Ainoa keino houkuttaa työvoimaa Suomeen on tehdä selväksi odotettavissa oleva palkkataso ja sen perusteet (esimerkiksi työajan rakenne), ja antaa lisäksi riittävästi täsmällistä ja realistista tietoa työoloista. Toisaalta lähtömaan ainoa keino pitää oma työvoimansa kotimaassaan, on kehittää niin palkkausta kuin työoloja eurooppalaiselle tasolle.
2. Ikä vaikuttaa keskeisesti liikkuvuuteen. Kansainvälisessä rekrytinnissa on otettava huomioon ihmisen eri elämänvaiheet, erityisesti perhetilanne. Koska nuoret sairaanhoitajat ovat halukkaimpia muuttamaan, olisikin harkittava laajempaa yhteistyötä oppilaitosten kanssa. Yhteistyökumppanit olisi syytä valita muualta kuin Varsovan kaltaisista suurista kaupungeista, koska niissä sairaanhoitajia tarvitaan runsaasti ja ansiomahdollisuudet ovat hyvät.
3. Suomi on tuntematon maa, jota kohtaan ilmenee jonkin verran ennakkoluuloja. Tarvitaan julkisin varoin rahoitettu kampanja, joka tekee Suomea ja suomen kieltä paremmin tunnetuksi Puolassa. Lisäksi tarvitaan työvoimaa haluavien instituutioiden rekrytointia laajempaa sitoutumista yhteistyöhön puolalaisten kumppaneiden kanssa.
4. Niin palkkataso- kuin työolotiedot viittaavat siihen, että Suomi on vielä tällä hetkellä kilpailukykyinen vaihtoehto kansainvälisillä markkinoilla liikkuville puolalaisille hoitajille. Tässä puolalaiset ja mahdollisesti muut Puolaa tuntevat tahot voivat olla tärkeinä yhdyshenkilöinä oikean Suomi-tiedon levittämisessä ja verkostojen luojina.

Puolan maaselvityksen tuottaminen liittyy projektin toiseen vaiheeseen, johon kuuluu rekrytointimallin ja rekrytointiin käytännössä tarvittavien verkostojen luominen. Tämän vuoksi keskeiset puolalaiset asianosaistahot vierailivat lokakuussa 2010 Helsingissä. Mukana oli edustajia Puolan terveysministeriöstä, sairaanhoitajaliitosta, sairaanhoitajien ammattijärjestöstä sekä Krakovan yliopistosta. Matkan aikana täydennettiin tietoja Puolan tilanteesta ja keskusteltiin mahdollisesta yhteistyöstä.

Hankkeen aikana huomattiin, että menestyksenkäs rekrytointi edellyttää laajaa yhteistyöverkostoa, jonka avulla Suomen positiivinen tunnettuus kasvaa. Tämä merkitsee kumppanityönantajien sitoutumista laajemmin kuin pelkästään työvoiman saantiin: tämä voi tarkoittaa osaamisen vaihtoa, yhteisiä bilateraalisia tapahtumia ja yhteisiä toimia EU:n kanssa. Asiaa kuvataan tarkemmin rekrytointimallin yhteydessä.

Sisäasiainministeriön MATTO-projekti teettää työvoiman maahanmuuton vetovoimastrategiaa koskevan esiselvityksen, johon kootaan aiheeseen liittyvää tutkimusta, selvityksiä ja aiempia kokemuksia sekä Suomesta että muista EU-maista. Tavoitteena on tuottaa vetovoimastrategian tarkennettu työsuunnitelma vuonna 2013. Helsingin kaupunki ja HUS saanevat aikanaan tämän työn tuloksista tukea muun muassa oman toimintansa tunnetuksi tekemiseksi lähtömaissa.

³ Huttunen H-P & Äärilä S: Avoin Suomi - kuka vastaa? Uudenmaan ELY-keskus, Helsinki 2010.

⁴ Tulevaisuustyöpajan muistiossa todetaan:

”Tulevaisuustyöpajan tulokset kuvaavat osaltaan niitä koulutusjärjestelmään ja työnkuvaan liittyviä laadullisia muutoksia, joita tulevan vuosikymmenen kuluessa tulisi toteuttaa, jotta terveysalalla olisi käytettävissä ennusteita enemmän työvoimaa. Ryhmien pohdintoissa tärkeimmiksi tai kiinnostavimmiksi tekijöiksi kymmenen vuoden kuluttua toteutuvassa tulevaisuudessa nousivat työelämä- ja työntekijälähtöisen koulutuksen kehittäminen, terveydenhuollon henkilöstön työnjaon tarkistaminen sekä hoitoteknologian kehitys.

Vaikka ryhmätöissä käsiteltiin pääosin muita kuin terveydenhuoltoalan ulkomaisen työvoiman houkutteluun liittyviä tekijöitä, eivät tulokset sulje ulkomaista rekrytointia vaihtoehtona pois tai ole ristiriidassa tilanteen kanssa, jossa entistä suurempi osa Suomessa toimivasta terveydenhuoltoalan henkilöstöstä on ulkomaalaisia. Verstaan keskusteluissa todettiin, että hoitoalan koulutetun työvoiman saanti ulkomailta on haastavaa. Tilanteen ollessa tämä, kannattaisi rekrytointipanostukset kohdistaa kenties hieman sairaanhoitajan työtä yksinkertaisempiin tehtäviin. Jos sairaanhoitajien ja muiden terveydenhuollon ammattiryhmien työnjaon muutos saadaan toteutettua, voisi suurin työvoiman tarve terveysalalla ollakin juuri sairaanhoitajan koulutusta alhaisemman vaatimustason töissä. Ulkomaalaisten rekrytointi yksinkertaisempiin tehtäviin voisi vuosien kuluessa auttaa myös ennakoituun sairaanhoitajapulaan, jos oppisopimuskoulutuksen ja työn ohessa oppimisen väylä tulisi mahdolliseksi. Näin kielen hyvin oppineille ja motivoituneimmille ulkomaalaistaustaisille hoitoalan työntekijöille voisi avautua väylä opiskella lähi- ja myöhemmin sairaanhoitajaksi työn ohessa.

Osaltaan uhkaavaa sairaanhoitajien riittävyysongelmaa voidaan parantaa varmistamalla, että sairaanhoitajiksi opiskelevien työelämävalmiudet ovat kunnossa. Nykyisellään sairaanhoitajaksi valmistava AMK-koulutus on ryhmätöissä käytyjen keskustelujen perusteella liian tieteellistä eikä valmistuvilla aina ole riittävästi käytännön osaamista. Osaksi tämä ongelma voi johtua myös ammattikorkeakoulujen opettajien heikosta kytköksestä työelämään. Ehdotettiin, että työnantajien näkemyksiä työelämän tarpeista kuunneltaisiin nykyistä tarkemmin ja että opettajat tekisivät työjaksoja terveydenhuollon yksiköissä. Näiden työjaksojen kokemusten pohjalta opettajat osaisivat kehittää opintokokonaisuuksia vastaamaan entistä paremmin työelämän vaatimuksia.

Sairanhoitajien ja muiden terveydenhuollon alan osaajien tulevaisuuden rekrytointiongelmaan Helsingissä vaikuttavat osaltaan kaupungissa työskenteleville tarjolla olevat elinolosuhteet sekä työolot ja työvälineiden ajanmukaisuudesta huolehtiminen. Elinolojen osalta nähtiin, että niin suomalaisille kuin ulkomaalaisillekin hoitotyön tekijöille tulisi taata kohtuuhintaisten asuntojen löytäminen Helsingistä. Työvälineissä hoitotekniikan kehittyminen voi osaltaan vähentää myös työn rasittavuutta ja parantaa tuottavuutta näin vähentäen työvoiman tarvetta, mutta tekniikan hyödyntäminen sisältää myös riskejä.”

⁵ Puolan osalta kts. myös kohta 4.2.2

5. REKRYTOINTIMALLI JA SEN KEHITTÄMINEN

5.1. NYKYKÄYTÄNTÖ SUOMESSA

SUOMESSA toimi vuonna 2007 terveyspalveluiden ammateissa syntyperältään muita kuin Suomen kansalaisia 4 440 henkeä, joista ulkomaiden kansalaisia 1 910. Ulkomaalaisia sairaanhoitajia oli sosiaali- ja terveysalan töissä 425, mikä on noin 0,8 prosenttia kaikista töissä olevista sairaanhoitajista.

Suomalaisia sairaanhoitajia on ulkomailla lähes neljä kertaa enemmän kuin ulkomaalaisia Suomessa (Ailasmaa, 2010). EU-maista tulevien sairaanhoitajien kiinnostus Suomessa työskentelyyn on kasvanut. Valviran tilastojen mukaan vuonna 2004 ammatinharjoittamislupia ulkomailla suoritetun koulutuksen perusteella myönnettiin 40 ja vuonna 2009 jo 127, mutta nämä luvut sisältävät myös suomalaisten ulkomailla suorittamat tutkinnot. Vuosina 2004 – 2009 lupia myönnettiin yhteensä 462. Luvan saaneista merkittävä osa on virolaisia, esimerkiksi vuonna 2008 89:stä luvasta virolaisia oli 54 ja vuonna 2009 127:stä luvasta 81. Terveystieteiden huollon osaajia tulee meille myös Venäjältä ja Ruotsista. Se, kuinka moni luvan saaneista on Suomessa töissä sairaanhoitajana, ei ole tiedossa.

Virolaiset hoitajat tulevat pääsääntöisesti Suomeen töihin oma-aloitteisesti ja ns. ketjumuuton nojalla. Tämä tarkoittaa, että he tuntevat ihmisiä, jotka voivat kertoa Suomen ja mahdollisesti myös hoitoalan töistä. Seure Oy:llä on myös ollut merkittävä rooli virolaisten hoitajien rekrytoinnissa pääkaupunkiseudulle.⁶

Todennäköisesti ulkomailla koulutetut suomalaiset ja avioliiton tai muiden sukusiteiden vuoksi Suomeen muuttaneet muodostavat pääosan kaikista ulkomailla (muualta kuin Virosta) tulleista hoitajista. Ulkomaisten hoitajien lukumäärät ja terveydenhuoltoon rekrytoivien yritysten kokemukset viittaavat siihen, että tällaisia rekrytointeja tekee pieni osa alan yrityksistä ja niidenkin kokemukset ovat määrällisesti vähäiset. Esimerkkejä työnantajan aloitteesta tapahtuneesta sairaanhoitajien

rekrytoinneista on niin vähän, että niistä ei ole vielä kovin paljon opittavissa. Ulkomailla rekrytoineet työnantajat eivät ilmeisesti ole tietoisesti valinneet kohdemaata, vaan rekrytoineet maista, joista henkilöstöpalveluyritykset ovat tarjonneet työvoimaa. Tällainen maa on esimerkiksi Viro.

INSITE-projekti teki syksyllä 2010 kartoituksen⁷, jossa selvitettiin henkilöstöpalveluyritysten roolia työperusteisessa maahanmuutossa. Kysely kattoi kaikki ammattialat ja myös muut kuin EU-maat. Se keräsi tietoa ulkomaisen työvoiman rekrytoinnista sekä asettautumis-, koulutus- ja perehdytyspalveluista.

Vastanneista terveyssektorin yrityksistä neljä rekrytoi suoraan työnantajan palvelukseen ja kolme vuokratyövoimaa. Kyseessä voivat olla samat yritykset. Yhdeksän yritystä ilmoitti suunnittelevansa ulkomaisen työvoiman rekrytointia tulevaisuudessa. Osittain tässäkin lienee samoja, jo alalla toimivia yrityksiä. EU-maissa suomalaisilla yrityksillä on ollut toimintaa ainakin Virossa, Puolassa ja Unkarissa. Hoitajat ovat tulleet ensi vaiheessa henkilöstöpalveluyrityksen vuokratyöntekijöinä. Määrät ovat olleet pieniä, muutamia rekrytointeja vuodessa. Henkilöstöpalveluyrityksiä ei ole kilpailutettu, koska kaikkia tapauksia on käsitelty pilottihankkeina tai vain yksittäisen työntekijän palkkaamisena. Raportin liitetekansiossa on luettelo niistä rekrytointiyrityksistä, joiden edustajat Attraktiivinen Suomi -hanke on tavannut.

ESR:n valtakunnallisen toimintaohjelma 4:n puitteissa useissa projekteissa pilotoidaan terveydenhuoltohenkilöstön rekrytointia EU-maista. Useat näistä hankkeista päättyvät joko vuoden 2010 lopussa tai vuonna 2011, joten niiden kokemukset eivät ole vielä käytettävissä.

Erityisesti Uudellamaalla toimiva Gateway -työperusteisen maahanmuuton edistäminen -projekti tuottaa tuloksia, joilla saattaa olla merkitystä HUS:lle ja

Helsingin kaupungille. Hanketta toteuttavat suomalaiset aikuiskoulutuskeskukset Länsi-Uudenmaan aikuisopisto (Luksia), Hyria koulutus Oy ja Keski-Pohjanmaan aikuisopisto. Projektin rekrytointimalli sisältää Suomen ja lähtömaan rekrytointiprosessit, lähtömaassa alkan ja Suomessa jatkuvan koulutuksen sekä Suomeen asettautumisen. Lähtömaaksi on valikoitunut Bulgaria, jossa projekti toimii paikallisten oppilaitosten lisäksi yhteistyössä Suomen suurlähetystön kanssa.

Gateway – projektissa testataan lähtömaan kumppanuusyhteistyössä ns. maatoimisto-toimintamallia. Toimintaa toteutetaan ja kehitetään maiden välisenä koulutus- ja oppilaitosyhteistyönä win-win-periaatteella. Hankkeen kannalta tärkeä yhteistyökumppani ulkomaila on oppilaitos. Maatoimisto toimii Bulgariassa linkkinä suomalaisten työnantajien ja bulgariaisten työnhakijoiden välillä sekä tarjoaa toimistopalveluja ja osaamiskumppanuutta työnhakijoiden ammatillisen osaamisen testaamiseen ja lähtömaavalmennukseen.

5.2. REKRYTOINTIMALLI JA SEN KEHITTÄMINEN

5.2.1. Rekrytoinnin eettisyys

Rekrytointityön eettisyys herättää huomiota niin kansainvälisesti kuin meillä Suomessakin. Tämän projektin mukaan suomalaisten työnantajien tulee kiinnittää huomiota eurooppalaiseen terveydenhuollon ja sairaanhoitajatyövoiman liikkuvuuteen. Työnantajien tulisi pyrkiä siihen, että Suomi muuttuu terveydenhuollon työvoimaa luovuttavasta maasta sellaiseksi maaksi, johon halutaan tulla muista EU-maista.

Suomalaisten toimin ei pystytä vaikuttamaan ratkaisevasti muiden EU-maiden terveydenhuollon henkilöstöpolitiikkaan eikä terveydenhuollon osaajien liikkuvuuteen.

Suomen kansainvälistä kilpailuasemaa Euroopan unionin sairaanhoitajista tulee vahvistaa. Työnantajien on huolehdittava siitä, että kansainvälisestä rekrytointista ei synny vääriä mielikuvia yhteistyömaissa. Keinona tähän on institutionaalisen yhteistyön sisällyttäminen rekrytointitoimintaan: aito yhteistyö tarjoaa mahdollisuuden kompensoida kaikkia osapuolia tyydyttävällä

tavalla lähtömaille työvoiman poismuutosta aiheutuvia menetyksiä. Aito yhteistyöpyrkimys on myös keino valloittaa markkinoita kilpailussa osaajista, luoda myönteistä kuvaa suomalaisista työnantajista ja niiden osaamisesta. Onnistuneen rekrytoinnin yhtenä edellytyksenä on siis käytännönläheinen eettisyys, joka purkautuu konkreettiseksi yhteistyöksi eikä johda siihen, että jäämme terveydenhuollon kansainvälisillä työmarkkinoilla häviäjän rooliin, kuten tähän mennessä on yleensä käynyt.

WHO:n eettinen ohjeisto kiinnittää huomiota muihinkin kuin rahallisiin keinoihin korvata lähtömaille terveydenhuollon osaajien muutosta aiheutuvia menetyksiä. Vaikka kotimaahan lähetettävien rahavirtojen merkitys niin globaalisti kuin myös Puolan osalta on huomattava - Puola kuuluu kootun tiedon mukaan niihin maihin, jotka maailmassa eniten hyötyvät poismuutaneiden rahavirroista - ne eivät ole esimerkiksi WHO:n eettisen rekrytoinnin ohjeiston mukaan riittävä korvaus lähtömaille. Kompensaation mahdollisuus voi olla paitsi suoraa myös epäsuoraa toimintaa. Jos esimerkiksi maasta muuttanut ei koskaan palaa lähtömaahansa, hän voi silti olla merkittävä uuden osaamisen ja kansainvälisyyden välittäjä syntymämaansa suuntaan. Myös rahavirrat voidaan ymmärtää epäsuorina: lähtömaan kannalta on esimerkiksi edullisinta, jos rekrytoinnissa käytetään lähtömaan organisaatioita, koska silloin korvaus tästä työstä jää lähtömaahan (vrt. Dölvik & Eldring 2008).

Lähtömaan ja tulomaan välisen yhteistyön muotoja voivat olla vaikkapa

- vastavuoroiset tutustumisvierailut, joissa tutustutaan toisen maan potentiaaliseen antiin ja täsmennetään intressialueita puolin ja toisin
- tiedonvaihto (sähköinen, julkaisut)
- yhteiset workshopit ja seminaarit erikseen sovituista teemoista
- yhteinen tutkimus- ja kehittämistyö (esimerkiksi: muuttajien kotoutuminen, hoitoalan koulutuksen kehittäminen (maahanmuuttajakoulutus), sekundaarisen terveydenhuollon benchmarking, hoitotyön ajankäytön tutkimus, hoitoisuusluokittelu ja sen soveltaminen johtamiseen)

- koordinoitu yhteinen osallistuminen EU-hankehakuihin
- opiskelija-, opettaja- ja tutkijavaihto (yksittäisistä luennoista pitempiin työperiodeihin)

Tarvitaan työtä Suomen tunnettuuden parantamiseksi, ja selkeitä pelisääntöjä kansainväliseen yhteistyöhön. Menestyksellä rekrytointi edellyttää yhteisten intressien selvittämistä ja aitoa työtä niiden hyväksi vastavuoroisuuden pohjalta. Instituutioiden väliseen kumppanuuteen voivat osallistua omien intressiensä puitteissa esimerkiksi oppi- ja tutkimuslaitokset, terveydenhuollon valvontaviranomaiset, ammatti- ja ammatilliset järjestöt, kansalaisjärjestöt ja myös ministeriöt. Rekrytointia laajemman yhteistyön tulisi sisältyä kaikkiin rekrytointimalleihin.

5.2.2. Rekrytoinnin toteuttaminen ja sen vaihtoehdot

Seuraavat toimintatavat on kuvattu erityisesti siitä näkökulmasta, että ne soveltuvat suurten työnantajien kuten HUS:n ja Helsingin kaupungin käyttöön. Pienet ja keskisuuret yritykset ja julkiset toimijat kuten pienemmät kunnat tarvitsevat tai voivat käyttää toisenlaisia toimintatapoja. Niiden kannalta olennaista voi olla verkostoituminen laajemmiksi pooleiksi ja synergian hakeminen muiden työnantajien kanssa kustannusten säästämiseksi; toisaalta tällä tavoin voidaan tarjota hakijoille laajempi valikoima erilaisia työpaikkoja.

Kun HUS ja Helsingin kaupunki rekrytoivat sairaanhoitajia kotimaasta, niillä on omat kontaktit ja kanavat. Niistä tärkeimpiä ovat avoimista työpaikoista kertovat internet-sivut ja Helsingin, Espoon ja Vantaan kaupunkien henkilöstöpalveluyhtiö Seure Oy. HUS ja Helsingin kaupunki ovat aikaisemmin järjestäneet myös rekrytointikampanjoita erityisesti muissa Pohjoismaissa suomalaisten hoitajien saamiseksi takaisin kotimaahan, kuitenkin ilman merkittäviä tuloksia.

Ulkomailta hoitajia rekrytoitaessa muiden toimijoiden merkitys kasvaa. Niiden palveluja käytettäessä työnantaja joutuu pohtimaan omaa ja mahdollisen henkilöstöpalveluyrityksen roolia ja eri tehtävien painotusta. Muiden Pohjoismaiden kokemusten mukaan rekrytoinnit ovat onnistuneet sitä paremmin, mitä enemmän

työnantaja käyttää myös omia resurssejaan ja osallistuu tiettyihin, ennalta määriteltyihin tehtäviin rekrytointiprosessissa, vaikka osa toiminnoista ulkoistettaisiin muulle toimijalle. Tämä voi kuitenkin tarkoittaa käytännössä hyvin erilaisia vaihtoehtoja.

Sairaanhoitajien löytäminen, osaamisen tunnistaminen ja rekrytointi vaativat

- hyvää paikallistuntemusta,
- toimialan ja sen pätevyysvaatimusten (muidenkin kuin EU-direktiiviin liittyvien) tuntemista ja
- aiempaa kokemusta terveydenhuollon osajien ja mieluiten sairaanhoitajien rekrytoinnista.

Toimintamallin valintaan vaikuttavat lisäksi

- työnantajan käytettävissä olevat omat resurssit ulkomaiseen rekrytointiin
- lähtömaan olojen tuntemus
- henkilöstöpalveluyritysten luotettavuus ja hinnoittelu
- henkilöstöpalveluyrityksen liiketoiminnan rahavirtojen suuntautuminen
- palkataanko työntekijät suoraan työnantajan palvelukseen vai ostetaanko henkilöstöpalveluyritykseltä vuokratyövoimaa, ja jos niissä missä vaiheessa työntekijät siirtyvät työnantajan palvelukseen
- yhteydenpidon helppous muiden toimijoiden kanssa
- työnantajan omat mahdollisuudet tarjota asettautumispalveluja

Vaihtoehtoisia toimintatapoja voivat olla ainakin seuraavat:

- Yksi tai useampi yhteistyöorganisaation muodostanut suomalainen työnantaja hoitaa rekrytoinnin olemassa olevan hallinnollisen organisaationsa kautta: HUS:lla ja Helsingin kaupungilla on jo omat toimintamallit ja rekrytoinnista vastaava henkilöstö. Helsingin kaupunki on rekrytoinut inkeriläisiä Venäjältä. Kun työnantajan palveluksessa olevien ulkomaalaisten määrä kasvaa, ja

sekä maakokemus että kokemus ulkomaisista rekrytoinneista lisääntyvät, myös edellytykset omatoimiseen rekrytointiin kasvavat. Ruotsin kokemukset ovat lähinnä tätä toimintatapaa. Kun lähivuosina järjestelmällistä rekrytointia vasta pilotoidaan, on muiden luotettavien toimijoiden käyttö kuitenkin joustavampaa ja todennäköisesti taloudellisesti edullisempaa.

- Työnantaja tai useamman työnantajan yhteistyöorganisaatio vastaa rekrytoinnin kokonaisuudesta, mutta käyttää ulkopuolisia, joko kotimaisia tai lähtömaan toimijoita tiettyihin, rajattuihin toimintoihin, esimerkiksi rekrytointia valmisteleviin toimiin tai kotouttamiseen. Tätä toimintatapaa kuvataan myöhemmin tarkemmin.
- Työnantaja ulkoistaa koko rekrytointiprosessin. Tässä toimintamallissa työnantaja määrittelee henkilöstötarpeen ja kilpailuttaa koko rekrytointiprosessin ulkopuolisilla toimijoilla, jolloin kilpailutus voi tarjouksen suuruudesta ja erinäisistä muista seikoista johtuen olla joko kansallinen tai koko EU:n laajuinen. Henkilöstöpalveluyritys valitsee myös työntekijät. Jos toimeksianto sisältää myös kotouttamiseen liittyviä toimia, ulkomaalainen henkilöstöpalveluyritys tarvitsee suomalaisen kumppanin. Tämä vaihtoehto sisältää työnantajan ja myös rekrytoitavan työntekijän kannalta huomattavia riskejä, koska se merkitsee jättäytymistä ulkopuolisen toimijan osaamisen ja kulttuurin varaan. Riskit saattavat merkitä epäonnistuneita rekrytointeja ja huonoa mainetta niin kotimaan kuin lähtömaankin työmarkkinoilla.

Rekrytointiyritysten käytön tai oman aktiivisuuden ohella on mahdollisuus käyttää hyväksi Eures-järjestelmän (European Employment Services) palveluita. Eures on laaja eurooppalainen työnvälitysverkosto, johon kuuluvat eri maiden julkiset työnvälitykset. Eures palvelee sekä työnhakijoita että työnantajia. Työnhakijoille, jotka haluavat työskennellä ulkomailla, Eures tarjoaa peruspalveluna työnvälitystä, tiedotusta ja neuvontaa. Työnhakija

voi käyttää joko laajaa verkkopalvelua tai neuvontapalveluja, joita antaa 800 Eures-neuvojaa eri EU-maissa. Palvelut ovat maksuttomia.

Työnantajia Eures-neuvojat palvelevat auttamalla rekrytoinnin käynnistämisessä, etsimällä paikallisia yhteistyökumppaneita, vastaamalla tiedusteluihin ja ottamalla hakemuksia vastaan, tekemällä tarvittaessa esivalinnan ja neuvomalla ulkomaisia työntekijöitä suomalaiseen työelämään liittyvissä kysymyksissä. Rekrytoinnin apuna työnantaja voi käyttää Eures-portaalia, jossa on eurooppalainen työpaikka- ja työnhakijapankki. Portaalissa työnantaja voi ilmoittaa avoimista työpaikoista sekä etsiä työntekijäehdokkaiden ansioluetteloi- ta. Sivujen palveluita hyödyntää vuosittain yli miljoona käyttäjää. Työnantaja voi osallistua myös Euroopassa järjestettäviin rekrytointitapahtumiin yhdessä Eures-neuvojen kanssa. Työnantaja voi joko lähteä itse messuille ja haastatella työnhakijoita paikan päällä tai jättää työpaikkailmoituksensa neuvojal- le sopiville hakijoille jaettavaksi. Eures-neuvoja voi järjestää myös erillisen rekrytointitilaisuuden yhteistyössä paikallisen neuvojan kanssa.

EU-komissio on ohjeistanut kansallisia Eures-neuvoja kehittämään palvelupaketteja (mobility packages) työnantajille⁸. Palvelupakettien tulisi sisältää ainakin rekrytointineuvontaa, sijoittumispalveluja ja kielikoulutusta. Uudellamaalla pilotoitavan palvelupaketin kohdemaana on Viro, mutta toiminnan sisältö on vasta suunnitteluvaiheessa.

Puolan Eures-neuvojat tarjosivat palvelujaan suomalaisten terveydenhuollon rekrytoijien käyttöön. Heillä on aiempaa kokemusta metallityöntekijöiden rekrytoinnista Vaasan seudulle. He voivat julkaista ilmoituksia sekä internetissä että puolalaisessa ammattilehdessä sekä järjestää haastattelut ja ainakin osaksi myös toteuttaa ne. Nämä palvelut ovat ilmaisia työnantajalle, mutta toimintaa haittaa melkoinen byrokratia. Eures-toimiston tulee esittää tällaisesta rekrytoinnista sille aiheutuvat kulut seuraavaan budjettiinsa ja saada EU-komission hyväksyntä niille.

Suurempia työntekijäryhmiä koskevilla toimeksiantoilla tehdään yhteistyösopimus molempien maiden työministeriöiden ja työnantajan kanssa. Eures-budjetista katetaan esimerkiksi rekrytointimessujen kulut (tilat, materiaalit, tarjoilut), lehti-ilmoittelun tai haastatteluihin käytettävien tilojen vuokratulua. Ei ole tietoa, olisiko

Puolan Eures-toimistolla riittävästi resursseja työntekijöiden aktiiviseen etsimiseen, koska toimisto ei ole aiemmin ollut mukana vastaavassa hankkeessa. Ongelmana lienee, että puolalaiset osaajat eivät yleisestikään käytä työnvälityksen palveluita yhtä usein kuin vastaavat ammattiryhmät Suomessa. Special Eurobarometer 337⁹ -tutkimuksen mukaan EU:n 15 jäsenmaassa vain 10 prosenttia haastatelluista oli kuullut Eures-järjestelmästä ja kaksi prosenttia oli käyttänyt sen palveluja.

Euresilla ei myöskään ole varsinaisesti terveydenhuoltoon erikoistunutta henkilökuntaa, mikä on pätevyyden ja työkokemuksen arvioinnin kannalta tärkeää.

Merkittävä ero yksityisiin toimijoihin on myös se, että Eures ei järjestä kielikoulutusta, jota varten työnantajan täytyisi palkata toinen toimija. Euresilla palvelut ovat hyvä ja suositeltava lisä rekrytoivalle taholle, mutta työnantaja ei voi jättää työvoiman saamista ja siihen liittyvien oheistoimintojen järjestämistä pelkästään niiden varaan.

Kaikissa EU-maissa toimii lukuisa määrä henkilöstöpalveluyrityksiä, jotka ovat joko keskittyneet terveyssektoriin tai joille terveyssektori on yksi toimiala muiden joukossa. EU:n kilpailutussäännösten mukaan työnantajien tulee tarjota mahdollisuus osallistua tarjouskilpailuun sekä kotimaisille että muiden EU-maiden yrityksille.

Ruotsin ja Norjan kokemuksia

- Ruotsiin ei ole järjestelmällisesti viime vuosina rekrytoitu ulkomaalaisia sairaanhoitajia, mutta kylläkin lääkäreitä, myös erikoislääkäreitä ja hammaslääkäreitä. Seuraavassa kaksi hiukan eri tavalla toteutettua rekrytointimallia, joissa molemmissa työnantajan hallinnollinen organisaatio hoiti koko rekrytointiprosessin.

Kalmar Landsting ja Västra Götalands Region ovat järjestäneet lääkärien rekrytinnin ja välittäneet kulukorvausta vastaan lääkäreitä sisarorganisaatioilleen. Molemmissa organisaation virkamies hoitaa rekrytointiprosessia lähes kokopäivätyönään. Västra Götalands Regionissa rekrytointia on tehty projektityönä. Se on käyttänyt Saksassa pientä konsulttifirmaa ja Unkarissa yksityishenkilöä, joilla molemmilla on kiinteät suhteet Ruotsiin. Kalmar Landsting puolestaan on perustanut rekrytointia varten Kalmena REK -yhtiön, jolla on Puolassa tytäryhtiö rekrytointia varten.

Molemmissa tapauksissa ruotsalaiset vastuuhenkilöt ovat osallistuneet markkinointiin ja ruotsalaisten sairaaloiden tunnetuksi tekemiseen lähtömaassa, hakijoiden haastatteluihin ja valintaprosessiin, jossa pyritään arvioimaan hakijoiden motiiveja, intoa ja mahdollisuuksia oppia ruotsin kieli. Valitun lääkärin kanssa on tehty sopimus, jossa lääkäri sitoutuu ensin osallistumaan kielikoulutukseen ja saavuttamaan tietyn tason. Kielikoulutus on tapahtunut molemmissa malleissa vasta Ruotsissa. Kielikoulutuksen aikana on maksettu hiukan alennettua palkkaa.

Molempien ruotsalaisten järjestelmien edustajat painottivat työnantajan osallistumisen tärkeyttä: hakijoiden tulee voida tavata työnantajan edustaja ja heille pitää kertoa mahdollisimman paljon tulevasta työstä. Kaikki sovittavat asiat pitää kirjata ylös ts. oikeudet ja velvollisuudet puolin ja toisin on kirjoitettava paperille.

Molemmat toimintamallit ovat alun perin perustuneet siihen, että toimintaa suunnittelemassa ja/tai toteuttamassa on ollut lähtömaasta kotoisin olevia ihmisiä, joilla on ollut valmiit verkostot ja yhteistyökumppanit tai he ovat voineet niitä helposti luoda. Suomessa ei ole vielä, Viroa lukuun ottamatta, käytettävissä tällaisia maahanmuuttajien omia verkostoja.

Ruotsin rekrytinnin tuloksia on kuvattu projektin liitekansiossa olevassa matkaraportissa.

Norjassa uutta työvoimaa terveyssektorille on etsitty erityisesti työnantajien omien verkostojen kautta. Oslon kaupunki ja terveydenhuollon keskusvirasto ovat toteuttaneet kaksi rekrytointiprojektia yhteistyökumppaneinaan Norjan suurlähetystö ja sairaanhoitajaliitto. Maahanmuuttoon liittyviä asettautumis- ja kotouttamispalveluja on kehitetty osana yleisiä julkisen sektorin palveluja. Norjan mallia on kuvattu muun muassa Raunion tutkimuksessa¹⁰.

Mikä yritys siis valitaan välikädeksi? Toimintaa aloitettaessa pilottiluonteinen hanke voitaneen niin haluttaessa toteuttaa ilman kilpailutusta.

Suomalaisen yrityksen etuina ovat suomalaisen työnantajan toimintatapojen tuntemus, kommunikaation helppous työnantajan kanssa kielen ja kulttuurin takia ja mahdollisuus tarjota kotouttamispalveluja Suomessa tai ainakin osallistua merkittävästi niiden toteuttamiseen. Näin myös tuetaan suomalaista yritteliäisyyttä.

Lähtömaan olojen riittävä tuntemus edellyttää kuitenkin kokemusta ja pysyvää paikalla oloa verkostojen luomiseksi. Tällaista terveyssektorin kokemusta ei tällä hetkellä ole millään suomalaisella yrityksellä Puolassa. Ne yritykset, joilla on jotain toimintaa tai suunnitelmia terveydenhuoltoalan rekrytointiin Puolassa, aikovat käyttää paikallista yhteistyökumppania. Tämä ei ehkä lisää suomalaisen yrityksen omaa paikallistuntemusta. Lisäksi syntyy kaksipuolainen toimintaketju, mikä taas lisää kuluja ja epäselvää vastuunjakoa.

Lähtömaan henkilöstöpalveluyrityksellä, jolla on jo vakiintunutta toimintaa maassa, on oletettavasti hyvät tiedot maan sairaanhoitajien tilanteesta ja muuttohalukkuudesta, toimintamallit potentiaalisten lähtijöiden löytämiseksi ja suhteet muihin toimijoihin maassa (esimerkiksi oppilaitokset, Eures-neuvojat, ammattijärjestöt). Kun toimitaan paikallisen yrityksen kanssa, tuetaan ko. maan elinkeinotoimintaa, mitä voidaan pitää yhtenä keinona tarjota taloudellista kompensatiota lähtömaalle¹¹. Haittana lähtömaan yrityksen käytössä on se, että työnantaja joutuu sijoittamaan varoja ja osaamista ko. yrityksen luotettavuuden tarkistamiseen. Työnantajan on varmistettava, että toiminta on läpinäkyvää ja eettisin periaattein toimivaa sekä taloudellisesti vakaata. Suomen suurlähetystö ja/tai Finpro auttavat tarkistamaan näitä asioita.

Vain lähtömaassa toimivalla yrityksellä ei toisaalta ole mahdollisuutta tarjota Suomessa asettautumispalveluja siinä tapauksessa, ettei työnantaja halua tai pysty niitä itse järjestämään. Se ei voi myöskään auttaa kotouttamisessa millään tavoin.

Kolmas mahdollinen vaihtoehto välikädeksi on **kansainvälinen henkilöstöpalveluyritys**, joka toimii terveyssektorilla molemmissa maissa.

Seuraavaksi kuvataan yksityiskohtaisemmin rekry-

tointimallia, jossa työnantaja käyttää välikätenä luotettavaa rekrytointiyritystä, ostaa siltä tietyt palvelut ja osallistuu aktiivisesti prosessin eri osiin. Tässäkin tilanteessa on useita eri vaihtoehtoja, joista tässä raportissa ei selkeästi valita mitään, vaan vaihtoehtoja voi punnita tilannekohtaisten hyötyjen ja riskien perusteella.

Kuva seuraavalla sivulla

Työnantajan rekrytointitarpeen määrittely

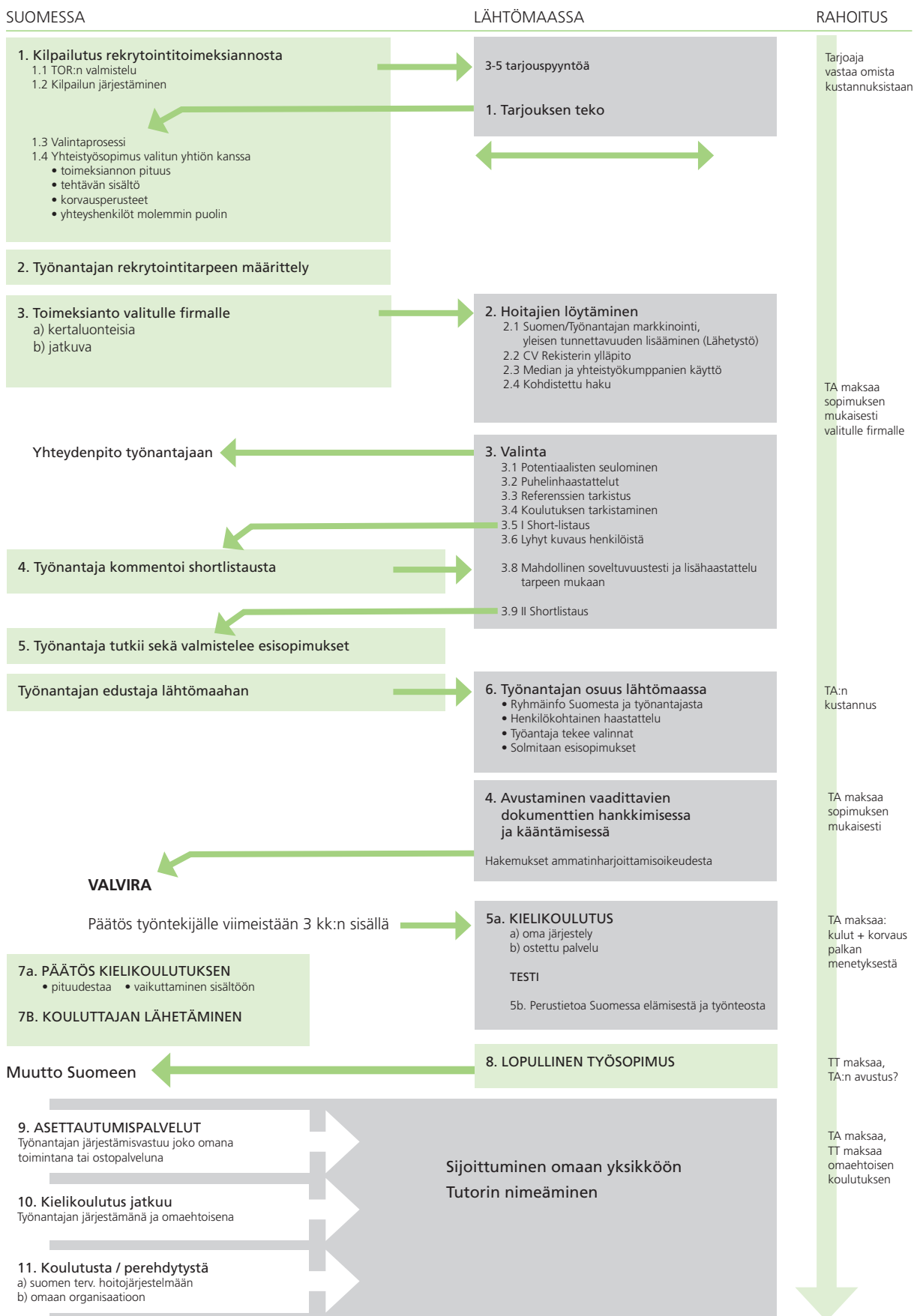
■ Työnantajaorganisaation tulee määrittellä, kuinka paljon yleisestä sairaanhoitajien rekrytointitarpeesta halutaan täyttää ulkomaisella henkilöstöllä ja millaisiin tehtäviin tai yksiköihin heitä sijoitetaan. Pilottivaiheessa tämä lienee helppoa, kun kyseessä voi olla muutamia kymmeniä työntekijöitä, joiden osaaminen tulee määrittellä erikseen. Kovin pientä määrää ei suuren työnantajan kannata ryhtyä rekrytoimaan. Näitä HUS:n ja Helsingin kaupungin sisäisiä prosesseja ei käsitellä tässä raportissa.

Rekrytointiorganisaatioiden kilpailuttaminen

■ Maassa, jossa esiselvitysten mukaan on mahdollista löytää muutosta kiinnostuneita, EU-direktiivin mukaisen pätevyyden omaavia hoitajia, on syytä tehdä **selvityksellä toimivista henkilöstöpalveluyrityksistä**. Selvitys tarvitaan, jotta tiedettäisiin, että valittava yritys toimii eettisesti hyväksyttävällä tavalla eikä työntekijöiltä esimerkiksi peritä sellaisia maksuja, joista ei ole etukäteen työnantajan kanssa sovittu, että yrityksellä on riittävästi osaamista ja resursseja sairaanhoitajien rekrytointiin ja että sen talous on vakaa. Varsinaista kilpailutusta varten toteutettavassa hankintaprosessissa työnantajat noudattavat julkisten hankintojen tekemistä sääntelevää Suomen hankintalainsäädäntöä ja EU:n hankintoja säänteleviä hankintadirektiivejä.

■ Attraktiivinen Suomi -projekti kilpailutti Puolassa toimeksiannon, jossa pyydettiin etsimään kaikki sellaiset Puolassa toimivat henkilöstöpalveluyritykset, jotka toimivat terveyssektorilla ja jotka ovat välittäneet alan työntekijöitä EU-maihin. Lisäksi pyydettiin nimeämään kolme yritystä, jotka selvityksen tekijän mukaan olisivat kokeilempia ja luotettavimpia toimijoita. Tällaisiksi valikoituivat ADECCO Poland, Promedica 24 ja

EHDOTUS REKRYTOINTIMALLIKSI ROOLIT JA VASTUUNJAKO



IMS Recruitment. Kaksi ensin mainittua ilmoittivat kiinnostuksensa tapaamispöydän jälkeen ja projektin edustajat tutustuivat yritysten toimintaan tarkemmin. Lista yhteystietoineen kaikista 15 yrityksestä kuuluu tämän raportin liitteen 1. liitekansion asiakirjoihin.

Toimeksianto valitulle henkilöstöpalvelu yritykselle

■ Valitun henkilöstöpalvelu yrityksen kanssa tehtävässä hankintasopimuksessa tulee, tavanomaisesti sopimukseen kuuluvien asioiden lisäksi, erityisen huolellisesti tuoda esille työnantajan ja henkilöstöpalvelu yrityksen välinen työn- ja vastuunjako sekä vastuulliset yhteyshenkilöt.

Henkilöstöpalvelu yrityksen kanssa laaditaan yleissopimus riittävän pitkäksi ajaksi, esimerkiksi 2-3 vuodeksi. Yrityksellä on tällöin aikaa tehdä työnantajaa ja Suomea tunnetuksi maassa yleisesti ja erityisesti hoitohenkilöstölle. Yleissopimuksen lisäksi pitää päättää, tehdäänkö yksityiskohtainen sopimus jatkuvana ko. sopimuskaudelle, jolloin yritys esittää uusia työntekijöitä aina halukkaiden ilmaantuessa vai antaako työnantaja joka kerta erikseen toimeksiannon rekrytoitavien määrästä.

On tärkeää nimetä yhteyshenkilöt molemmin puolin ja sopia yhteydenpidon muodoista koko prosessin ajaksi.

Hoitajien löytäminen lähtömaasta

■ Selvitys Puolan hoitajien kiinnostuksesta Suomessa työskentelyyn osoitti, että Suomi-tietous on lähes olematonta. Viroa ja Pohjoismaita lukuun ottamatta tilanne on samanlainen kaikissa EU-maissa. Tämän vuoksi Suomen tunnetuksi tekemiseen pitää panostaa valtakunnallisesti. Suomen suurlähetystöllä, tekeillä olevalla vetovoimastrategialla ja siihen liittyvillä käytännön toimilla voi tässä työssä olla merkittävä rooli. Erikseen on mainittava työ, jota tarvitaan suomen kielen vaikeutta koskevan yleisen mielikuvan hälventämiseksi. Samalla, kun korostetaan suomen tai ruotsin kielen taidon välttämättömyyttä, on syytä tuoda esiin hyviä kokemuksia suomen kielen oppimisesta.

Suomen tunnetuksi tekemistä ei voida jättää kokonaisuudessaan henkilöstöpalvelu yrityksen vastuulle, vaan Suomesta tai suomalaiselta työnantajalta pitää löytyä markkinointimateriaalia. Materiaalin tulee kertoa suo-

malaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä sekä muun muassa hoitajien työstä, työolosuhteista, työehdoista Helsingin kaupungilla ja HUS:illa tai elämisestä yleensä pääkaupunkiseudulla. Suomen kilpailuetuina voidaan pitää palkkaa, mutta myös terveydenhuollon teknologiaa ja mahdollisuutta osaamisen kehittymiseen sekä uutta, entistä haastavampaa työnkuvaa. Kilpailuetuina voi olla yleisesti esimerkiksi maan turvallisuus, hyvinvointipalvelut ja keskimääräistä paremmat mahdollisuudet työn ja perhe-elämän yhteensovittamiseen. Henkilöstöpalvelu yrityksen tehtävänä yhdessä työnantajan kanssa on viedä myönteistä Suomi-viestiä perille.

Henkilöstöpalvelu yrityksen tulee käyttää monipuolisia rekrytointimenetelmiä kuten omaa henkilörekisteriä, johon kootaan jatkuvasti Suomesta kiinnostuneiden henkilöiden tietoja. Tarvittaessa voidaan järjestää kohdennettuja mediakampanjoita valtakunnallisiin ja paikallisiin lehtiin, radioon ja televisioon. Yhteistyösuhteet pitää olla käytettävissä julkiseen työnvälitykseen, myös Eures-palveluihin. Oppilaitoksissa toimiva opiskelijoiden työnvälitys on myös merkittävä kanava.

Ehdokkaiden valinta

■ Henkilöstöpalvelu yritys seuloa hakijoiden joukosta ne, jotka täyttävät työnantajan kriteerit, ensin ehkä puhelinhaastatteluin, mutta sen jälkeen myös henkilökohtaisella haastattelulla. Tässä yhteydessä selvitetään seuraavaa:

- **koulutuksen tason riittävyys:** mahdollisuus saada ammatinharjoittamisoikeus Suomessa; jos etsitään vain niitä hoitajia, joilla on EU-direktiivin mukainen koulutus, tämän edellytyksen selvittäminen ei ole vaikeaa; jos taas kyseessä on henkilö, jonka voidaan olettaa saavan automaattisen hyväksynnän ammatinharjoittamisoikeuteen EU-direktiivin artikla 33:n mukaan, on huolellisesti selvitettävä, että henkilöllä on siinä mainittu koulutus ja riittävä määrä yhtäjaksoista työkokemusta
- **työkokemus:** onko sellaista erityistä kokemusta, joka tarvitaan työnantajan osoittamaan tehtävään, referenssien tarkistaminen; ts. kyse ei enää ole siitä, täyttääkö hakija muodolliset pätevyysvaatimukset vaan siitä, onko hakija aidosti kiinnostava työnantajalle
- **motivaatio / syyt lähteä uuteen maahan:**

Helsingin kaupunki ja HUS haluavat palkata hoitajia pysyviin työsuhteisiin, jolloin on tärkeää pyrkiä selvittämään hakijoiden motiivit ja karsia pois ne, joiden tarkoituksaan ei ole pidempiaikainen työnteko Suomessa; riittävä tieto kielitaitovaatimuksista toiminee hyvin karsintaperusteena

- **kyky ja halu opiskella suomen kieltä:** tätä on vaikea arvioida etukäteen, vasta kursilla olo karsii pois sopimattomat henkilöt, kokeneella henkilöstöpalveluyrityksellä on kuitenkin työkaluja arvioida motivaatiota muuttoon ja kielen opiskeluun
- **kyky ja halu asettua uuteen kulttuuriin,** joka tarkoittaa muita kuin kieleen liittyviä vaatimuksia työntekijälle; näistä saa tarkempaa tietoa esimerkiksi käynnissä olevista monikulttuurisuushankkeista ja liike-elämän kansainvälisiä toimintakulttuureja käsittelevästä tiedosta
- **joustavuus,** joka eri kulttuureissa voi toimia eri tavoin (esimerkiksi suhteessa ajankäyttöön, työnjakoon, työpaikan hierarkioihin)
- **perhetilanne:** jos perheellinen työnhakija ei suunnittele perheenjäsenten mukaanottoa, on oletettavaa, ettei Suomessa oloa ei ole suunniteltu pitkäaikaiseksi,
- **toiveet työjakson pituudesta:** esimerkiksi ruotsalaisten kokemusten mukaan kolmea vuotta lyhyemmäksi ajaksi ei kannata rekrytoida

Ennen työnantajalle tehtävää esivalintalistausta yrityksen tulisi haastatella kaikki listalle otettavat hakijat. Työnantajalle lähetettävään listaan tulee liittää rekrytointiyrityksen oma lausunto hakijan sopivuudesta ja tarvittavat dokumentit englanniksi tai suomeksi käännettyinä. Listan perusteella työnantaja tekee ratkaisunsa ja karsii ne, joita ei katso sopiviksi.

Hakijoiden motivaation ja sitoutumisen kannalta on tärkeää, että ennen lopullisia päätöksiä hakijoilla on suora kontakti myös työnantajan edustajaan. Rekrytointiyrityksen tulee järjestää työnantajan rekrytoinnista vastaaville edustajille tilaisuus kertoa hakijoille tarjottavasta työstä ja haastatella jokainen hakija henkilökohtaisesti.

Haastattelujen jälkeen työnantajan edustajat tekevät lopulliset valintapäätökset. Valittujen kanssa tehdään esisopimukset, jossa työntekijä sitoutuu osallistumaan lähtömaassa tapahtuvaan kielikoulutukseen ja työnantaja sitoutuu solmimaan varsinaisen työsopimuksen edellyttäen, että hakijalle myönnetään ammatinharjoittamisoikeus Suomessa ja että hakija läpäisee sovitun kielitestin.

Esisopimuksessa määritellään tulevasta työsuhteesta ainakin työsuhteen alkamisaika, työn luonne, sijaintipaikkakunta, palkkaus ja siitä mahdollisesti tehtävät vähennykset työsuhteen alussa, työnantajan tarjamat luontaisedut. Lisäksi määritellään kielikoulutuksen aikaiset ehdot; osallistumisen määrä, korvaus toimeentulon menetyksestä, asumisen ja ruokailun korvaus, kielitestiin osallistuminen. Sopimuksessa sovitaan myös siitä, miten työntekijä korvaa kielikoulutuksen kulut, jos lopettaa koulutuksen kesken tai ei ole sen jälkeen halukas solmimaan työsopimusta. Eräissä sopimuksissa on myös pyritty siihen, että työntekijä joutuu korvaamaan osan saamastaan koulutuksesta, jos hän purkaa työsopimuksen ennen siinä sovittua muutaman vuoden määräaika.

Lähtömaassa tapahtuva kieli- ja muu koulutus

■ Suomeen muuttavien työntekijöiden lähtömaassa tapahtuvasta kielikoulutuksesta ei ole tähän mennessä juuri kokemuksia. Kaikki työpaikoilta tullut palaute kuitenkin painottaa riittävän kielitaidon merkitystä työpaikalle siirryttäessä: kyse ei ole vain ammattikielestä, vaan on kyettävä selviytymään myös muuten työpaikalla, vaikkapa kahvitunnilla. Kielikoulutus voi vaihtoehtoisesti tapahtua joko jo lähtömaassa tai Suomessa tai näiden yhdistelmänä. Kielikoulutus voidaan järjestää joko "suomea suomeksi" tai "suomea englanniksi", jolloin rekrytoitavien yhtenä valintakriteerinä on englannin osaaminen.

Koska hoitajia ei ole rekrytoitu Suomeen suurempia määriä, kielikoulutuksesta ei ole vielä merkittäviä kokemuksia. Lähtömaassa tapahtuvaa kielikoulutusta on kuitenkin kehitetty esimerkiksi Gateway-projektissa, jossa opetettiin suomea englanniksi. Englannin taitoa on perusteltu myös sillä, että se toimii työelämässä ikään kuin "takaporttina" silloin, kun tulijan suomen kielen taito ei kriittisellä hetkellä riitäkään. Tämä vaatimus on

helpohko täyttää, jos pyritään rekrytoimaan jo ennestään ulkomaista kokemusta hankkinutta työvoimaa. Maahanmuuttajien saamaa kielikoulutusta on kritikoitu myös siitä, että se jättää opiskelijan vaaditulle minimitasolle, mutta ammatissa eteneminen edellyttää parempaa osaamista, ja tämän hankkiminen jää useimmiten työntekijän oman aktiivisuuden varaan.

Suomessa elämiseen ja työntekoon liittyviä asioita voidaan käsitellä joko jo lähtömaassa samanaikaisesti kielen opetuksen kanssa tai vasta Suomessa ensimmäisinä viikkoina saapumisen jälkeen. Jos valitaan lähtömaassa tapahtuva koulutus, työntekijälle jää vielä tässä vaiheessa mahdollisuus perääntyä, jos olosuhteet eivät vastaakaan odotuksia. Jos lähdetään siitä, että näistä asioista voi parhaiten kertoa suomalainen tai Suomessa asunut henkilö, opetus joudutaan ehkä toteuttamaan englanniksi tai tulkin välityksellä. Kun maahanmuutto käynnistyy, Suomestakin voi löytyä muun muassa puolalaisia tai puolan kieltä muutoin osaavia henkilöitä kouluttajiksi, mutta tässä vaiheessa tällaisia henkilöitä on vielä vähän.

Gateway-projekti kokeili Bulgarian hankkeessaan myös kielikoulutuksen yhteydessä toteutettavaa muuta lähtömaakoulutusta. Projekti on tuottanut laajan Suomen työelämää käsittelevän oppimateriaalin (Working life in Finland) ja suomen kielen oppimateriaalin lähtömaakoulutukseen. **Kielikoulutuksen sijasta onkin luontevaa puhua kielen ja kulttuurin kouluttamisesta.** MATTO-projektin yhtenä suunnitelmassa on ollut myös hankkia 1-3 moduli koostuva, erityisesti nettiin soveltuva opintokokonaisuus, jota voi käyttää ulkomailla tai Suomessa itseopiskelu- tai opetusmateriaalina.

Myös ESR-ohjelman rahoittama COFI-projekti (Coping with Finns) on kehittänyt suomen kielen opetusmallia lähtömaakoulutusta varten. Projektissa luodaan työpaikalla selviytymisen kynnystasoon pyrkivä suomen kielen opetusmalli (verkko- ja multimediamateriaali), joka tukee muuttajia suomalaiseen yhteiskuntaan ja työelämäänsä sopeutumisessa. Opetus alkaa lähtömaassa. COFI-projekti tuottaa myös materiaaleja Suomen työelämään ja yhteiskuntaan sitoutumisen tueksi. Yritysten, kolmannen sektorin ja muiden toimijoiden kanssa kehitetään toimintamalleja, jotka helpottavat muuttajien kotoutumista kuten työssä viihtymistä sekä sopeutumista yhteiskuntaan. COFI pyrkii luomaan ja tekemään

näkyväksi verkostoja, jotka voivat lisätä ulkomaisten työntekijöiden maassa ja töissä viihtymistä.

Puolassa kokemusta kielikoulutuksen järjestämisestä

- Molemmilla Puolan kahdesta henkilöstöpalveluyrityksestä oli kokemusta kielikoulutuksen järjestämisestä. Toisella oli oma kurssikeskus opettajineen Varsovan ulkopuolella. Koulutusjakso kesti kokopäiväisenä opiskeluna noin 16 viikkoa. Toinen yritys osti kielikoulutuksen ulkopuoliselta kielikoulutusyritykseltä. Molemmat ratkaisut tuntuivat toimivilta. Kielikoulutuksen pituuden määrittelee tietysti työnantaja sen mukaan, kuinka hyvä kielitaito halutaan saavuttaa jo lähtömaassa ja miten kielen opetus järjestetään Suomessa. Pitää myös harkita, onko mahdollista ottaa huomioon eri erikoistumisalojen vaatima kielitaito. Kielikoulutuksen järjestämisessä on olennaista, kuinka opiskelijoiden elämä kokonaisena koulutuksen aikana kustannetaan. Esimerkiksi Puolassa on tyypillistä, että työnantaja maksaa koulutuksen ajalta maan minimipalkan, joka on noin 500 euroa kuukaudessa. Jos koulutus toteutetaan osa-aikaisesti, se ei yleensä ole yhtä tehokasta, mutta aiheuttaa vähemmän kuluja. Kulut syntyvät pikemminkin maahanmuuton jälkeen.

Koulutuksen järjestämistä lähtömaassa puoltaa ennen kaikkea koulutuksen halvempi hinta, jos lähtömaasta löytyy suomen kielen opettajia. Työnantajan lienee syytä ottaa kantaa myös koulutuksen sisältöihin. Niissä voidaan ottaa huomioon sekä suomalaiseen kulttuuriin että terveydenhuoltoon liittyviä asioita.

Ruotsissa 3 ja 6 kuukauden kielikoulutuksia

- Saksasta rekrytoidut lääkärit osallistuivat Ruotsissa kolmen kuukauden kielikoulutuksen, josta kaksi kuukautta oli kokoaikaista opetusta, muu aika osittain opetusta ja osittain työharjoittelua sairaalassa. Vastaavasti unkarilaisille järjestettiin kuuden kuukauden koulutus, joka ei kuitenkaan ollut riittävä. Eroa selittänee osaksi saksan ja ruotsin kielten lähi-sukulaisuus.

Ammatinharjoittamisoikeuden hakeminen

■ Ennen lopullisen työsuhteen solmimista kaikille esisopimuksen tehneille pitää hankkia Valviran päätös oikeudesta harjoittaa sairaanhoitajan ammattia Suomessa. Se maksaa tällä hetkellä 336 euroa, mikä saattaa olla lähellä puolalaisen hoitajan kuukausipalkkaa.

Hakemuksen jättäminen osoittaa motivaatiota ja sitoutumista Suomeen muuttoon. Kaikkien osapuolten etu on, että hakemus jätetään niin hyvissä ajoin, että Valvira tekee päätöksensä ennen lopullisen työsuhteen solmimista, käytännössä kielikurssin tai lähtömaakoulutuksen aikana. Näin vältetään niiltä ikäviltä tilanteilta, joita syntyy, jos työntekijä on jo Suomessa ja ammatinharjoittamisoikeutta ei voida myöntää automaattisen tunnustamisprosessin kautta.

Kaikki tarvittavat dokumentit pitää siis hankkia, kääntää englanniksi ja toimittaa hyvissä ajoin Valviraan: tässä työnhakija tarvitsee rekrytointiyrityksen apua. Näin toimittaessa Valvira ei tarvinne sille maksimiksi asetettua kolmen kuukauden aikaa päätöksen tekemiseen. Jos katsotaan, että Valviran päätökseen tarvittava 336 euroa on este koulutukseen sitoutumisesta, olisi harkittava, voisiko työnantaja lainata summasta ainakin osan ja periä sen takaisin lähtömaakoulutuksen aikana maksettavasta korvauksesta tai tulevasta palkasta.

Puolasta on tullut niin vähän hakemuksia, ettei Valviralle ole vielä muodostunut riittävästi ennakkotapauksia, joista voitaisiin päätellä tulevia ratkaisuja. Puolassa on yli 60 sairaanhoitoalan oppilaitosta, joiden todistuksia ei ole ainakaan kokonaan yhtenäistetty. Tämä korostaa sitä, että todistukset tulisi käännättää englanniksi ennen Valviraan toimittamista. Jos valinnoissa pitäydytään EU-direktiivin vaatimukset täyttäviin hakijoihin, ongelmia ei pitäisi syntyä. Työnhakija hankkii todistuksen osaamisestaan jo lähtömaan viranomaisilta, Puolan tapauksessa sairaanhoitajien osaamista valvovalta ja täydennyskoulutusta tarjoavalta Chamber of Nurses and Midwives -organisaatiolta. On tärkeää, että henkilöstöpalveluyrityksellä on asiantuntemusta tulkita hakijoiden koulu- ja työtodistuksia oikein ja kyetä neuvomaan hakijoita käytännön asioissa.

Lopullinen työ sopimuksen solmiminen ja sen sisältö

■ Lopullisen työsuhteen solmimisen ehtona ovat siis

kielitestin läpäisy ja Valviran antama myönteinen päätös ammatinharjoittamisoikeudesta. Työsopimuksissa voidaan noudattaa samanlaista käytäntöä kuin esimerkiksi Opteamin HUS:lle rekrytoimien filippiiniläisten sairaanhoitajien kohdalla. Heidän työsuhteensa alkaa harjoitteluajalla, jolloin ei voida itsenäisesti suorittaa kaikkia sairaanhoitoon kuuluvia tehtäviä. Sairaanhoitajan tavanomaiseen palkkaan tulee tuolloin viiden prosentin pätevyysalennus.

Suomeen muutto

■ Henkilöstöpalveluyritys avustaa työntekijää lähtömaassa muuttoon liittyvissä asioissa kuten voimassa olevan passin tai EU:n virallisen henkilökortin hankinnassa ja tarvittavien asiakirjojen hankkimisessa, virallistamisessa ja kääntämisessä (esimerkiksi avioliittotodistus, lasten syntymätodistukset, Apostille-todistus tai muu virallinen todistus työ- ja opintotodistusten aitoudesta).

Työnantaja, henkilöstöpalveluyritys ja työntekijä sopivat matkustuskulujen maksamisesta. Jos työnantaja maksaa tai osallistuu muutosta aiheutuviin kuluihin, voidaan edellyttää, että työntekijä palauttaa maksun, jos työsuhde katkeaa ennen määräaikaa.

Asettautumispalvelut

■ Sekä työnantajan että työntekijän etu on, että työntekijä sopeutuu mahdollisimman nopeasti tavalliseen arkielämään ja keskittyy työtehtäviin mahdollisimman täysipainoisesti. Jos työntekijöiden rekrytointi on sovittu lähtömaan henkilöstöpalveluyritykselle, tämä yritys ei voi tukea Suomeen asettautumista. Työnantajan tulee järjestää asettautumispalvelut joko omin voimin tai ostaa ne kotimaiselta yritykseltä.

Sekä Helsingin kaupungilla että HUS:lla on jonkun verran kokemuksia ulkomaalaisten työntekijöiden asettautumisesta. Helsingin kaupunki hoiti itse inkeriläisten maahanmuuttajien asettautumispalvelut. HUS on puolestaan antanut filippiiniläisen sairaanhoitajaryhmän palvelujen tuottamisen henkilöstöpalveluyritykselle, joka on vastannut koko rekrytointiprosessista.

Helsinki, Espoo ja Vantaa ovat perustaneet Polku-asiantuntijaverkoston, joka koostuu kaupunkien omista asiantuntijoista. Sitä koordinoi kaupunkien oma henkilöstöpalveluyritys Seure Oy. Jokainen kaupunki on kerännyt oman sisäisen verkostonsa, jota koordinoivat

kaupunkivastaavat. Heidän tehtävänsä on vastata toiminnoista ja kehittämistyöstä oman kaupunkinsa sisällä. Verkoston tarkoitus on ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden rekrytoinnin kehittäminen kaupunkien organisaatioissa ja vieraskielisten työntekijöiden osuuden lisääminen kaupunkien henkilöstössä.

Polku-neuvontapalvelut on tuottanut oppaan ”Polku lähtömaasta pääkaupunkiseudulle” myös Suomeen muuttavan työntekijän asettautumisesta. Opas on kirjoitettu rekrytoivan henkilön näkökulmasta ja se tukee rekrytoijaa ulkomailta tapahtuvissa rekrytoinneissa. Oppaassa käsitellään Suomeen asettautumista osana onnistunutta rekrytointiprosessia. Oppaassa on myös konkreettisia toimintaohjeita Suomeen muutettaessa hoidettavista käytännön asioista. Tätä opasta voidaan käyttää myös puolalaisten mahdollisessa rekrytoinnissa. Helsingin kaupungilla on myös sisäisiä ohjeita maahanmuuttajien rekrytointiprosessista, palvelukseen ottamisesta ja maahanmuuttajien luvista ja rekisteröinnistä.

EU-maista saapuvien opastus

■ Työnantajan etu on tukea asettautumispalvelujen avulla ulkomailta saapuvia työntekijöitä ensimmäisten kuukausien aikana. Lisäksi tulijat tarvitsevat muitakin keinoja tavoittaakseen julkisen sektorin tarjoamat palvelut. Monet eri tahot tarjoavat tällä hetkellä neuvontaa ja tietopalvelua. Silti tiedon löytäminen voi olla hankalaa.

Seuraavassa on esimerkkejä kehittämishankkeista, joissa pyritään selkiyttämään ja kokoamaan tiedonsaantia:

- **NEO-SEUTU** on ESR- rahoitteinen hanke, jossa pääkaupunkiseudun kunnat yhdessä kehittävät ja rakentavat henkilökohtaisen neuvonnan verkostoa ulkomailta muuttavalle. Tavoitteena on selkeyttää eri toimipaikoissa toimivien henkilökohtaista neuvontaa antavien rooleja sekä varmistaa seudun neuvonta- ja ohjaustyön osaaminen niin, että ulkomailta muuttanut löytää itselleen ja perheelleen tietoa elämänsä järjestämiseen. Sitä varten neuvoille annetaan koulutusta, ja heidän kanssaan etsitään ja rakennetaan hyviä työkaluja. Helsingistä on hankkeessa mukana tällä hetkellä maahanmuuttajien neuvontapiste.

- **MATTO - Maahanmuutto-ohjelmien tukirakenteen** yhtenä tavoitteena on yhdenmukaistaa ja täydentää ulkomaisten työntekijöiden opastusta kehittämällä valtakunnallisen opastusjärjestelmän elementit ja ulottamalla ne myös lähtömaahan. Opastusjärjestelmää varten tuotetaan vanhoja materiaaleja hyödyntäen täydentävää materiaalia kieliversioineen, suunnitteluun organisointi, tiedotuskanavat ja toteuttajat.
- **Työhön Satakuntaan -projekti** tilasi opinnäytetyönä oppaan *Ulkomaalaisen sairaanhoitajan opas suomalaiseseen työelämään*, jonka kehittämiseen myös Attraktiivinen Suomi -hanke on osallistunut. Opas kokoaa yhteen keskeisimmät asiat, joita ulkomaalaisen sairaanhoitajan tulee tietää yleisellä tasolla sairaanhoitajan koulutuksesta, toimenkuvasta ja ammatinharjoittamisen edellytyksistä. Opas sopii hyvin käytettäväksi lähtömaa- tai perehdytyskoulutuksessa olevalle hoitajalle. Opasta saa tällä hetkellä myös englanniksi ja venäjäksi.

Työnantajien yhteistyöorganisaatio - seudullinen yhteistyö?

■ Euroopan työmarkkinoilla kilpailu on armoitonta. Useat EU:n vanhat jäsenmaat ovat jo vuosia sitten rakentaneet yhteistyöverkostonsa uusiin jäsenmaihiin. Jotta näiden maiden henkilöstöpalveluyritykset kiinnostuisivat hoitajien rekrytoinnista myös Suomeen, rekrytoitavien hoitajien määrän pitää olla niin suuri, että toiminta on niille kannattavaa. Tällöin yksikköhinta pysyy kohtuullisena myös työnantajalle.

Kohtuullinen rekrytointihinta on mahdollista Suomeen, jos alueellisten toimijoiden tarpeita yhdistellään, esimerkiksi pääkaupunkiseudun ja Uudenmaan maakunnan tarpeet. Ruotsin kokemusten mukaan alueellisesti koordinoitulla toiminnalla päästään myös siihen, että eri kunnat tai sairaalat eivät kilpaile keskenään, vaan yhtenäistävät vähitellen rekrytointikäytäntöjään ja palkkaustaan. Ensi vaiheessa HUS:n ja Helsingin kaupungin olisi kannattavaa organisoida rekrytointi yhteisesti. Näin kulut pienenisivät lähtömaassa eikä ulkomaiseen rekrytointiin tarvittaisi kotimaassa kovin paljon henkilöstöä. Uudenmaan alueella toimivien ESR-hankkeiden työn tulosten perusteella olisikin tarpeen

harkita yhtenäistä toimintamallia koko alueelle, jolloin myös pienemmät terveydenhuollon yksiköt voisivat hyötyä ulkomaisesta työvoimasta.

Rekrytoinnin kustannuksista

■ Merkittävimmät ulkomaisen rekrytoinnin kustannuserät ovat

- korvaus rekrytoinnista henkilöstöpalveluyritykselle
- lähtömaassa tapahtuvan kielikoulutuksen järjestäminen (sisältää opetuksen ja opiskelijoiden ylläpidon koulutuksen aikana)
- kompensatio rekrytoitaville palkan menetyksestä kielikoulutuksen aikana
- kotimaassa tapahtuvan kielikoulutuksen ja muun perehdyttämisen järjestäminen

Työnantajalle aiheutuu kustannuksia sekä kotimaisesta että ulkomaisesta rekrytoinnista. Perehdyttämisen aiheuttamaa vaivaa ja kustannuksia pidetään myös merkittävänä ongelmana. Nykytilanteessa myös Suomessa opiskelleiden sairaanhoitajien siirtyminen työelämään edellyttää harjoitteluvaiheita ja perehdyttämistä, koska opiskelu sinänsä on entistä teoreettisempaa. Rekrytoinnissa on suosittava vähimmän vaivan menetelmää: kun rekrytoidaan vain riittävän ammattitaitoista ja riittävän pätevyyden omaavia hoitajia, täydennyskoulutusta ei tarvita. Tässä kohden valikoiminen ja motivaation tarkistaminen lienevät keskeisimmät rekrytoinnin työvaiheet.

Mitä suuremmista rekrytoitavista ryhmistä on kyse, sitä pienemmiksi yksikkökustannukset luonnollisesti jäävät. Kokemusten vähäisyyden ja pilottiluonteisuuden vuoksi yleiskustannuksia on tässä vaiheessa mahdoton määritellä tarkasti.

Mitä rekrytointipalvelut maksavat Puolassa?

- Kahden puolalaisyrityksen maksu rekrytoitavaa henkilöä kohti on 8 400 – 8 600 euroa. Hinta sisältää rekrytointikorvauksen, neljän kuukauden kokoaikaisen kielikoulutuksen Puolassa majoitus- ja ruokakuluineen ja rekrytoitavalle maksettavan korvauksen palkan menetyksestä. Erot yritysten välillä olivat vähäiset, vaikka kokonaiskustannukset syntyivät jossakin määrin eri tavoin (kts. liite 6).

Työnantajalle muodostuu kuluja myös Suomessa tapahtuvasta kielikoulutuksesta ja välttämättömästä täydennyskoulutuksesta, jossa tutustutaan suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Tätä koulutusta voidaan ainakin osittain antaa myös Puolassa kielikoulutuksen yhteydessä.

Varsinainen työhön perehdytys kuuluu kaikille uusille työntekijöille. HUS ja Helsingin kaupunki perehdyttävät jo Suomessa olevia maahanmuuttajia. Näitä kokemuksia voidaan käyttää, kun suunnitellaan työperäisen maahanmuuton Suomeen tuomien työntekijöiden perehdyttämistä. On kuitenkin huomattava, että ulkomailta rekrytoitujen EU-osaajien perehdyttäminen on monessa kohden toisenlaista kuin maassa olevien, usein työllistämispolkujen kautta hoitoalalle tulneiden työntekijöiden: edelliseen ryhmään kuuluvat voivat kotoutumisen epäonnistuessa herkästi hakeutua muualle Eurooppaan.

⁶Helsingin kaupunki on omassa maahanmuuttoa käsittelevässä Strategiaohjelmalinjauksessaan nostanut Tallinnan ja Helsingin seutujen välisen työntekijöiden liikkuvuuden yhdeksi kehittämisen kohteeksi yhteistä työssäkäyntialuetta vahvistamalla: Monimuotoisuus ja maahanmuuttostrategia 2009, Helsingin kaupunki, Henkilöstökeskus, Maahanmuutto-osasto

⁷”Henkilöstöpalveluyritysten rooli työperusteisessa maahanmuutossa”

<http://www.ely-keskus.fi/fi/Ajankohtaista/Julkaisut/>

⁸EURES-guidelines for 2010-2013, Guideline 2 ”Ensuring services to employers”

⁹http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_337_en.pdf

¹⁰kts. Raunio, Pihlajamaa, Carroll,

¹¹ks. Dölvik & Eldring

6. HANKKEEN JOHTOPÄÄTÖKSET

HANKKEESSA on selvitelty kahden suuren eteläsuomalaisen työnantajan Helsingin kaupungin ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin mahdollisuutta hankkia sairaanhoitajatyövoimaa Euroopan unionin yhdentyneiltä työmarkkinoilta. Hanke on koonnut tietoa terveydenhuollon, erityisesti sairaanhoitajatyövoiman tarpeen ennakkoinnista, selvittänyt sairaanhoitajien määriä, koulutusta ja liikkuvuutta muutamissa Euroopan maissa ja kokemuksia terveydenhuollon osajien rekrytoinnista Suomessa ja jossakin määrin myös muualla. Hankkeen selvitysten perusteella mielenkiinto kohdistui Puolaan, josta ja myös muusta hanketyöstä saatujen kokemusten perusteella on luonnosteltu hoitajien kansainvälisen rekrytoinnin mallia ja rakennettu siihen kuuluvaa verkostoa.

Hankkeen keskeiset johtopäätökset ovat:

1. Sairaanhoitajatyövoiman tarvetta koskeva ennakointitieto on edelleen puutteellista, mutta tämä ei vaikuta ratkaisevasti tämän projektin johtopäätöksiin.
2. Kansainvälinen rekrytointi on yksi henkilöstöresurssien kehittämisen keino, jota ei ole syytä jättää käyttämättä, mutta se ei ole keskeinen sairaanhoitajatyövoiman hankkimisen keino Suomessa.
3. Kaikissa Euroopan maissa on pula sairaanhoitajista, jotka kuitenkin liikkuvat maasta toiseen, olivatpa suomalaiset aktiivisia tai eivät. Tällöin eettisestä rekrytoinnista tulee kilpailuase. Se tarkoittaa sitä, että rekrytoinnin lisäksi tarvitaan sitoutumista muuhunkin yhteistyöhön lähtömaan instituutioiden kanssa.
4. Euroopan unionin parhaaksi kumppanuusmaaksi valikoitui Puola, koska siellä on mittavat sairaanhoitajaresurssit. Lisäksi maassa on jo perinteeksi muodostunut kiinnostus kansainväliseen liikkuvuuteen. Maan viranomaiset tunnistavat EU-töyömarkkinoiden synnyn, pohtivat avoimesti tilannetta ja ovat valmiit yhteistyöhön, joka voi hyödyttää kaikkia osapuolia.
5. Kotimaata parempi palkka on tärkeä kannustin ulkomailla työskentelyyn terveydenhuollossa ja sairaanhoidossa. EU:n uusien jäsenmaiden kuten Puolan ja Suomen palkkaero on kapenemassa. Sen vuoksi rekrytointiin ja sitä tukevaan verkostoitumiseen on ryhdyttävä välittömästi, jotta terveydenhoitoon saadaan riittävästi puolalaisia ammattilaisia, joiden varaan jatkoyhteyksiä voidaan rakentaa ja joka synnyttää ns. ketjumuuttoa.
6. Suuria toiveita asetetaan kansallisen vetovoimastrategian luomiselle, jonka osana tulisi olla suomen kielen erityislaatua ja vaikeutta koskevien yleisten ennakkoluulojen hälventäminen.
7. Työnantajan paras rekrytointikeino on käyttää luotettavaa ja asiantuntevaa rekrytointiyritystä, mutta osallistua myös aktiivisesti rekrytoinnin keskeisiin vaiheisiin.
8. Rekrytoinnissa kaikkien osapuolten oikeudet ja velvollisuudet on määriteltävä kirjallisesti mahdollisimman yksiselitteisesti ja työntekijöille taattavat samat edut ja sama työsuhteturva kuin suomalaisillekin työntekijöille.

9. Kansallisella tasolla tulisi kehittää pätevöitymisjärjestelmä niille sairaanhoitajille, jotka eivät saa ammatinharjoittamisoikeutta EU-direktiivin mukaisen automaattisen tunnustamisjärjestelmän perusteella.
10. Terveystenhuollon ammattilaisten yhteisillä EU-markkinoilla monikulttuurinen osaaminen, taitava perehdyttäminen ja syrjimättömyys ovat kilpailuvaltteja.
11. Uudenmaan alueella toimivien ESR-hankkeiden työn tulosten perusteella olisi tarpeen harkita yhtenäistä toimintamallia koko alueelle, jolloin myös pienemmät terveydenhuollon yksiköt voisivat hyötyä ulkomaisesta työvoimasta.

LÄHTEET:

Ailasmaa, Reijo:

Sosiaali- ja terveystalouden henkilöstö 2007. Tilastoraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.

Buchan, J, Parkin, T & Sochalski, J:

International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications. WHO, Geneva 2003.

Buchan James & Perfilieva, Galina:

Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006.

Commission of the European Communities:

Green Paper on the European Workforce for Health. Brussels 10.12.2008.

Dölvik, Jon Erik & Eldring, Line:

Arbeidsmobilitet fra de nye EU-landene til Norden - utviklingstrekk og konsekvenser. TemaNord 2008: 502. København.

Health at Glance, OECD Indicators from the years 2003,2007 ja 2009, OECD

Huttunen H-P & Äärilä S:

Avoin Suomi - kuka vastaa? Uudenmaan ELY-keskus, Helsinki 2010.

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_337_en.pdf

Montén, Seppo:

Koulutus ja työvoima. Helsingin seutu 2020 - osaamisella kohti tulevaisuutta, 2010

Raunio M & Pihlajamaa E & Carrol H:

Työmarkkinoiden kansainvälistymispalvelut: ulkomaalaisen osaamisen kanava Suomen elinkeinoelämään, Helsingin kaupungin tietokeskuksen tilaama tutkimus

Tuomaala, Mika & Torvi, Kai:

Kohti työperusteista maahanmuuttoa: ulkomailta palkattavan työvoiman tarpeen arviointi. TEM analyysija 9/2008.

LIITTEET

- Liite 1. Liitekansion sisältö
- Liite 2. Luettelo merkittävimmistä tilaisuuksista, joihin projektin työntekijät ovat osallistuneet
- Liite 3. Terveystenhuollon työvoima ja ennakointi - kansainvälinen ja kansallinen perspektiivi
- Liite 4. Terveystenhuollon osaajien kansainvälisestä liikkuvuudesta - Katsaus kansainväliseen keskusteluun ja Suomen nykytilanteeseen
- Liite 5. Tiivistelmä selvityksestä puolalaisten sairaanhoitajien kiinnostuksesta kansainväliseen liikkuvuuteen, erityisesti Suomeen
- Liite 6. Tiivistelmä Puolaan tehdyistä matkakertomuksista

LIITE 1.

Luettelo projektin aikana tuotetuista raporteista, selvityksistä yms., jotka on luovutettu HUS:lle ja Helsingin kaupungille ja jotka ovat saatavissa THL:n kansainvälisten asiain yksiköstä osoitteesta raija.sillanpaa@thl.fi.

- Yhteenveto maaselvityksistä
- Matkaraportti Ruotsiin tehdystä tutustumismatkasta 10.–13.3.2009
- Matkaraportti Unkariin tehdystä tutustumismatkasta 26.11–2.12.2009
- Matkaraportti Puolaan tehdystä tutustumismatkasta 9.–12.3.2010
- Matkaraportti Puolaan tehdystä tutustumismatkasta 21. – 23.6.2010
- Muistio ennakointityöpajasta 9.11.2010
- Study on the interest of polish nurses in international mobility – Finland as an option? M. Kautch, 2010
- Study on the rights of the Polish registered nurses to practice their profession in Finland. M.Kautch, 2010
- Study on the rights of the Hungarian registered nurses to practice their profession in Finland. Finpro, 2009
- Study on the rights of Estonian registered nurses to practice their profession in Finland. Praxis, 2010
- Kuvaus kolmesta terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuutta tutkivasta EU-hankkeesta
- Lista projektin tapaamista Suomalaisista henkilöstöpalveluyrityksistä
- Lista Puolassa toimivista terveyssektorin henkilöstöpalveluyrityksistä
- Yhteenveto INSITE-projektin järjestämästä itsearviointikoulutuksesta

LIITE 2.**KOULUTUSTILAISUUDET, SEMINAARIT, KESKUSTELUFOORUMIT,
JOIHIN PROJEKTIN HENKILÖSTÖ ON OSALLISTUNUT**

Tilaisuuden nimi ja ajankohta	Järjestäjä	Osallistujat
2008		
Reshaping Europe 5.9.2008	Suomen Akatemia	Ulla Parviainen Simo Mannila
Multicultural management in healthcare 6.10.2008	Nordic Institute for Advanced Training in Occupational Health NIVA	Jutta Immanen-Pöyry Ulla Parviainen
RECOWOE Task Meeting, Oviedo Spain 14-15.11.2008	RECOWOE-projekti (www.recwowe.eu) Oviedon yliopisto	Simo Mannila esitelmä: Finnish immigration policy between work and welfare
Ihmisten liikkuvuus: Suomi ja Ruotsi globaalissa muuttoliikkeessä 21.11.2008	Hanasaaren kulttuurikeskus	Simo Mannila
Maahanmuuttajien muuttuvat työmarkkinat ja uudet haasteet 27.11.2008	Diakonia ammattikorkeakoulu	Raija Sillanpää Ulla Parviainen Anne Vienonen
Työvoiman eettinen rekrytointi 18.12.2008	Suomen julkisen alan ammattiliittojen EU- yhdistys	Ulla Parviainen
2009		
Keskustelufoorumi- Esiselvitys maahanmuuttajien integroitumisesta 30.1.2009	Työterveyslaitos	Ulla Parviainen
Kunta-alan (Lahden kaupungin) Kiina maahanmuuttajaverkoston kokoukset 12.2.2009 15.5.2009 17.12.2009 19.2.2010	Kunnallinen työmarkkinalaitos	Ulla Parviainen
MATTO projektin järjestämä ESR projektien koordinaatioseminaari 1-2.4.09	SisM:n MATTO projekti	Ulla Parviainen Simo Mannila Raija Sillanpää
Maahanmuuttotutkijoiden kokous 5.5.2009 Reykjavikissa (esitelmä: Finnish immigration policy in change)	REASSESS-projekti (www.reassess.no)	Simo Mannila
Kansainvälistyvät työmarkkinat: mahdollisuudet ja haasteet pääkaupunkiseudulla: T:reen yliopiston tekemän tutkimuksen julkistaminen 18.5.2009	Oiva-akatemia	Ulla Parviainen Anne Vienonen
Terveystieteiden alan rekrytoinnin työperusteisen maahanmuuton ESR-hankkeissa 25.6.2009	MATTO-projekti	Jutta Immanen-Pöyry
MATTO projektin järjestämä verkostotapaaminen Mänttä 8-9.10.09	MATTO projekti	Ulla Parviainen Sanna Vesikansa Minna Sinkkonen Raija Sillanpää
Samoilla lauteilla 2030raportin julkaisutilaisuus 28.10.2009 http://www.demos.fi/julkaisut	Demos ja Ajatuspaja2	Ulla Parviainen Sanna Vesikansa
Maahanmuutto, monimuotoisuus ja Helsingin tulevaisuus - kumppanuusseminaari. 2.12.09	Helsingin kaupunki /maahanmuutto-osasto	Minna Sillanpää Sanna Vesikansa

2010		
MATTO-projektin järjestämä ESR-projektien koordinaatioseminaari Mikkeli 11-12.2-2010	SiSM:n MATTO-projekti	Ulla Parviainen Simo Mannila Sanna Vesikansa Raija Sillanpää
EURES:n mobility package Uudenmaan alueen työnantajille, kohdemaana Viro 17.2.2010	EURES ja Matto-projekti	Ulla Parviainen
Eettisyyttä ja edunvalvontaa - työperäinen maahanmuutto 3.3.2010	FIPSU (suomen julkisen alan ammattiliittojen EU yhdistys)	Ulla Parviainen
Työvoiman maahanmuuton ennakointiseminaari Rekrytointitarpeiden ennakoinnin työkalut ja muuttoliike 4.3.2010	INSITE- projekti	Simo Mannila
REKRYTOINTI Nyt! Näkökulmia kansainvälisten osaajien hankintaan 27.5.2010	Sujuvasti suomalaiseen työelämään-projekti EURES	Ulla Parviainen Simo Mannila Minna Sinkkonen
Maahanmuuttajat metropolissa 19.8.2010	Socca Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus	Sanna Vesikansa
EMN /Euroopan muuttoliikeverkoston kansallinen seminaari 27.9.2010	Maahanmuuttovirasto	Simo Mannila
Itsearviointikoulutus ESR-projekteille 25.8.2010 20.10.2010 23.11.2010	INSITE-projekti	Minna Sinkkonen Ulla Parviainen
Sub-regional Policy Dialogue Health professional mobility in the Baltic Sea region and neighbouring countries 1-2 December 2010 Vilnius, Lithuania,	The European Observatory on Health Systems and Policies, the European Health Management Association, the WHO Country Office in Lithuania and the Lithuanian University of Health Sciences.	Ulla Parviainen Simo Mannila

TERVEYDENHUOLLON TYÖVOIMA JA ENNAKOINTI - KANSAINVÄLINEN JA KANSALLINEN PERSPEKTIIVI

Terveydenhuollon työvoimasta on pulaa lähes kaikissa maissa eikä pula ole helpottanut 1990-luvulta lähtien. Syynä pulaan on pidetty monia tekijöitä. Yhtäältä terveydenhuollon palvelujen kysyntää kasvattavat lisääntynyt kuluttajietoisuus ja väestön ikääntyminen. Myöskään terveydenhuollon teknologiat eivät ole helpottaneet tilannetta. Toisaalta terveydenhuollon henkilöstön tarjonta ei juuri ole lisääntynyt, sillä koulutuspaikkojen määrä ei ole kasvanut riittävästi eikä alalle ei ole tarpeeksi halukkuutta. Lisäksi työvoima siirtyy helposti alalta muualle.

Yhtenä ongelmana on pidetty myös sitä, että kansallinen tietopohja terveydenhuollon henkilöstötarpeiden suunnittelemiseksi on useissa maissa aivan liian heikko. Tilannetta sekoittaa se, että Euroopan unionin yhteiset työmarkkinat ja globalisaatio antavat osajien siirtyä vapaasti maasta toiseen eikä heitä voi myöskään saada toisista maista. Näitäkin liikkeitä pitäisi vain riittävästi ennakoita.

Euroopan unionissa ennakkoinnin puutteet on huomattu varsin hyvin. Tutkimuksen 7. puiteohjelmasta rahoitetaan tällä hetkellä peräti kolmea hanketta, jotka pyrkivät parantamaan tilannetta. Näitä ovat

- Mobility of Health Professionals¹, jonka keskeisenä tavoitteena on parantaa terveydenhuollon osaajien liikkuvuutta koskevaa seurantaa (koordinaatio: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands WIAD);
- PROMeTHEUS eli Health Professional Mobility in the European Union Study², joka selvittää alan ammatillisen liikkuvuuden mittasuhteita Euroopassa, siihen vaikuttavia tekijöitä ja sen vaikutuksia ja asiaan liittyviä poliittisia toimenpiteitä (koordinaatio: WHO - European Observatory on Health Systems and Policies ja European Health Management Association EHMA) ja
- RN4CAST³, joka kehittää innovatiivisia sairaanhoitajien kysyntään ja tarjontaan liittyviä suunnittelu- ja ennakointimalleja, jotka ottavat huomioon henkilöstömäärien lisäksi hoidon laatuun ja tuloksellisuuteen sekä potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät.

Näiden hankkeiden tulokset valmistuvat kokonaisuudessaan vuoden 2011 lopulla. Niiden avulla eri maissa ja koko unionin tasolla pyritään rakentamaan tietovarantoja, malleja ja yhteistyöverkostoja, jotka auttavat terveydenhuollon työvoiman ennakkoinnissa ja muussa suunnittelussa. Suomesta mukana ovat Terveyden ja hyvinvoinnin laitos PROMeTHEUS -hankkeessa ja Itä-Suomen yliopisto RN4CAST-hankkeessa.

Suomessa terveydenhuollon työvoiman suunnittelusta ja ennakkoinnista on tuotettu muutamia arvovaltaisia mietintöjä ja julkaisuja. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietinnössä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001) ehdotettiin ennakointia varten perustettavaksi sosiaali- ja terveysministeriön ja opetusministeriön yhteistyöryhmää. Ennakointi ehdotetaan teknisesti toteutettavaksi opetushallituksen kehittämän MITENNA-mallin avulla (Autio ym. 1999). Malli perustuu monimutkaisiin virtalaskelmiin. Sitä käytetään yleisesti ammatillisen koulutuksen ennakkoinnissa niin valtakunnallisesti kuin muilla tasoilla, esimerkiksi Helsingin kaupungin ennakointityössä.

Lisäksi sosiaali- ja terveysalalla ja julkishallinnossa on käytössä ns. SOME-malli, joka on osittaistasapainon malli (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002; Parjanne 2004). Ennakointitoimikunnan mietintö arvioi työvoiman tarvetta erilaisten kvantitatiivisten perustietojen kuten väestönkehityksen ja väestön ikääntymisen avulla. Suhteellisen vähän huomiota kiinnitettiin tuolloin terveydenhuollon hallinnon ja organisaation kehittämiseen ja teknologian vaikutuksiin. Mietintö huomauttaa, että alan työhyvinvoinnista on huolehdittava. On myös pohdittava, miten terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneet, mutta muissa ammateissa työskentelevät saataisiin alalle. Mietintö mainitsee myös maahanmuuttajat alan resurssina.

Eri yhteyksissä asetetaan toiveita siihen, että hoitotyö kyetään tulevaisuudessa organisoimaan entistä paremmin. Parempi organisointi vaikuttaa myös työvoimatarpeeseen: se voi pienentää tarvetta ja suunnata sitä uudella tavalla. Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeiden ennakointia koskevan raportin (Leiwo ym. 2002) mukaan hoitotyön arvioitiin muuttuvan muun muassa seuraavasti:

¹ www.mohprof.eu.

² www.euro.who.int/observatory/Studies/20090211_1; www.ehma.org.

³ www.rn4vast.eu.

- työ muuttuu entistä vaativammaksi ja vastuuta siirretään entistä enemmän hoitajille
- teknologia tehostaa tai helpottaa työtä (esim. tiedonkulkua, hoitoa)
- työtä tehdään usein moniammatillisissa ryhmissä
- asiakaslähtöisyys on keskeinen arvo
- asiakkaat edustavat monia kulttuureja, samoin terveydenhuollon työntekijät
- hoitotyön osaajista on pulaa, hoitotyö siirtyy osaksi koteihin
- työntekijät voivat näissä oloissa entistä enemmän valita työpaikkansa, työnantajat joutuvat kilpailuun työntekijöistä.

Sosiaali- ja terveysministeriön vuosille 2003-2005 asettamassa, alan työvoiman ja koulutuksen ennakkoinnin yhteistyöryhmän tilauksesta tehdyssä hankeraportissa (Lauttamäki & Hietanen 2006) ennakoita terveydenhuoltoon vaikuttavan vuoteen 2015 mennessä sairastavuuden muutoksen eli käytännössä sairastavuuden arveltiin nuoremmissa ikäryhmissä alenevan. Samalla katsotaan myös eriarvoistumisen jatkuvan, mutta sen vaikutusta terveyspalvelujen kokonaiskysyntään ei käsitellä. Yksinkertaisemmat tukitoiminnot siirtyvät yksityiselle tai kolmannelle sektorille, samoin kuin mahdollisesti suppeammat terveydenhuollon erityispalvelut. Julkisella sektorilla siirrytään tulosvastuulliseen toimintaan.

Työnjakoa organisoidaan siten, että vastuuta siirretään alaspäin. Näin tapahtuu erityisesti haja-asutusalueilla. Laaja eläkkeelle siirtyminen on ongelmana vuoden 2015 tienoilla. Se merkitsee työpaikoilla ikääntymiseen liittyviä, lisääntyneitä sairauspoissaoloja. Samalla uusien työntekijöiden perehdyttämiseen tarvitaan työharjoittelijoita ja erilaisia mentorointiohjelmia. Tilanne voi olla otollinen terveydenhuollon laajojen uudistusten läpiviemiseen, mutta työvoiman käytön ja osaamisen kehittäminen voi olla haasteellista. Viestintäteknologian arvellaan auttavan merkittävästi potilashallintoa ja hoitotyötä.

Tässä tilanteessa Lauttamäen ja Hietasen (2006) tulosten mukaan tärkeitä kehittämiskohteita ovat muun muassa

- painopisteen siirtäminen terveyspalveluista ehkäisevään ja sosiaalityöhön
- alan houkuttelevuuden lisääminen
- alan johtamisen kehittäminen
- ydinosaamisen uudelleenarviointi työn uudenlaisen jakamisen toteuttamiseksi
- yhteisten tavoitteiden ja käytännön omaksuminen alalla ja opetussuunnitelmien uudistaminen
- paikallisten olojen arviointi osana asiakaslähtöisyyttä
- uudenlainen johtaminen liittyen kotihoidon ja etäpalvelujen yleistymiseen.

Terveydenhuollon henkilöstötarpeen kehityksestä on esitetty erilaisia näkemyksiä. Ne osoittavat muutamien taustatekijöiden ratkaisevan merkityksen: kysynnän ja tarjonnan kohtaanto on aivan erilainen riippuen siitä kuinka nämä tekijät kehittyvät (Parjanne 2005; Parkkinen 2007). Palvelujen kysyntään vaikuttaa erityisesti ikääntyminen ja siinäkin vanhimpien ikäryhmien suureneminen. Palvelujen tarve on suurimmillaan 2020- ja 2030-luvuilla ikäryhmätarkastelussa. Eliniän pituus ei tässä ole ratkaiseva, vaan viimeisten neljän vuoden hoidon tarve: mitä pidempään väestö selviytyy ilman palveluja tai hyvin kevyin palveluin, sitä parempi.

Terveyspalvelujen kysyntään vaikuttavat kuitenkin myös muun muassa tulotason ja sen mukana vaatimustason kasvu. Jos palvelujen käyttö säilyy nykyisellään, palvelujen tarve kasvaa samassa suhteessa kuin vanhusväestön määrä. Kun otetaan huomioon väestön terveydentilan ja toimintakyvyn paraneminen sekä vanhemmissa ikäluokissa että koko väestössä, Parjanteen (2004) mukaan palvelujen tarve ei juuri kasva nykyisestä. Hänen mukaansa pitemmän aikavälin suunnittelua haittaa väestönkehityksen epävarmuus, erityisen vaikeata on aluetason ennustaminen. Parjanne lisää, että terveyspalvelujen turvaaminen tulevaisuudessa ei ole kiinni taloudellisista tekijöistä, vaan työvoiman saatavuudesta. Toisaalta hän huomauttaa, että tehdyissä ennusteissa ei ole otettu huomioon palkkapaineita. Näihin paineisiin vaikuttavat muun muassa alan henkilöstön saatavuuden vaikeutuminen - ts. opiskelupaikat ja opiskelijoiden valinnat - kansainvälisten työmarkkinoiden laajeneminen ja hoitotyön vaatimusten kasvu.

Parkkinen (2007) mukaan terveydenhuoltoon ja sosiaalipalveluihin tarvittaisiin lisää peräti 200 000 työntekijää vuoteen 2040 mennessä, jos hoito- ja hoivapalvelujen tarve jatkuisi ikäryhmittäin samanlaisena kuin nyt eikä työn tuottavuus kasvaisi. Tässä arvioissa keskeisenä oletuksena on, että eliniän piteneminen jatkuu nykyiseen tapaan: viimeisen 34 vuoden aikana suomalaisten elinikä on pidentynyt peräti kolme kuukautta vuodessa. Sekä Parkkinen toisessa mallissa että Parjanteen esittelemässä projektiossa oletetaan, että suomalaisten toimintakykyiset elinvuodet lisääntyvät niin, että toimintakyvyn menettäminen tapahtuu keskimäärin viisi vuotta nykyistä myöhemmin. Tämä oletus on nykytutkimuksen mukaan kohtuullinen. Toimintakyvyn ratkaiseva heikkeneminen ei liity niinkään ikään sinänsä vaan kuoleman lähestymiseen (Sihvonen ym. 2007; Häkkinen ym. 2007).

Toimintakykyä voi Parkkisen mukaan lisätä myös esimerkiksi taajama-asumisen yleistyminen, mikä helpottaa palvelujen saamista. Sitä lisää myös miesten elinajan piteneminen naisten elinikaa nopeammin, jolloin pariskunnat voivat tukea toisiaan ja tarvitsevat vähemmän ulkopuolista apua kuin yksinäiset vanhukset. Tässä tilanteessa tarvittaisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin lisätyövoimaa 70 000 henkeä vuoteen 2040 mennessä. Kun otetaan huomioon työn tuottavuuden kasvu, lisätyövoiman tarve kuitenkin alenee tai häviää kokonaan. Työn tuottavuus on sosiaali- ja terveysalalla viime vuosikymmeninä kasvanut keskimäärin yhden prosentin vuodessa. Jos työn tuottavuus kohoaa 0,5 prosenttia ja toimintakykyiset elinvuodet kasvavat, tullaan toimeen nykyisellä työvoimalla. Hoito- ja hoivapalvelujen osuus koko työllisyydestä saattaa jopa aleta, jos esimerkiksi kaikkien työllisten määrä kasvaa merkittävästi ja työn tuottavuus paranee selvästi.

Nämä skenaariot osoittavat, että sosiaali- ja terveysalan työvoimapula ei Suomessa ole erityisen uhkaava, vaikka alueellisia ja muita erityisongelmia saattaa olla (vrt. Kaczmarczyk & Okolski 2008). Suomen ja suomalaisten organisaatioiden tulee kuitenkin kehittää omaa työvoiman ennakkointiaan, jotta työvoimakapeikoista selvitään. Suurten suomalaisten työnantajien on syytä seurata myös terveydenhuollon osajien liikkuvuutta Euroopan unionin yhteisillä työmarkkinoilla ja pyrkiä hyötymään heistä. Tämä tarkoittaa aktiivista otetta kansainväliseen liikkuvuuteen. Suomeen tulee epäilemättä lisää maahanmuuttajia, mutta tämä ei merkitse sitä, että saamme noin vain haluamaamme työvoimaa. Tätä nykyä Suomi on lievästi terveydenhuollon työvoimaa, erityisesti sairaanhoitajia muihin maihin luovuttava maa (ks. Ailasmaa 2010).

Suurten terveydenhuollon työnantajien kuten esimerkiksi HUS:n ja Helsingin kaupungin ennakkointityö on osa henkilöstöpolitiikkaa ja -suunnittelua. Se tapahtuu tavanomaisin kvantitatiivisin ja kvalitatiivisin keinoin. Kvantitatiivista ennakkointia esittelee parhaiten Seppo Monténin (2010) tuore raportti, joka kattaa kaikki toimialat, koko pääkaupunkiseudun ja sisältää myös erinomaisen metodikuvauksen ja sanaston (ennakkoinnin metodeista ks. lisäksi Opetushallituksen ylläpitämä ennakkoinnin sähköinen tietopalvelu⁴).

Kvantitatiivisessa ennakkoinnissa tärkeätä on tietää muun muassa koulutuspaikkojen määrä, koulutuksen onnistuminen (esimerkiksi keskeyttäneiden osuus), koulutettujen sijoittuminen, ns. ammattien ja koulutuksen ns. vastaavuusavain, eläkkeelle siirtyvien osuus, työvoiman vaihtuvuus (ml. äitiyslomat, opintovapaat, virrat työttömistä työnhakijoista) ja alueellisessa ennakkoinnissa lisäksi esimerkiksi pendelöinnin merkitys.

Tulevaisuuden ja sitä muovaavien tekijöiden laadulliseksi hahmottamiseksi on puolestaan luotu ns. tulevaisuustyöpaja-metodi, jossa Delfoi-menetelmällä tai muilla keinoin keskeisten sidosryhmien edustajat ja asiantuntijat tuottavat vaihtoehtoisia, enemmän tai vähemmän todennäköisiä skenaarioita antaen yhteisesti pohdituille muutostendensseille erilaisia painoarvoja (mm. Kamppinen ym. 2002). Tuoreen kvantitatiivisen tutkimuksen lisäksi pääkaupunkiseudun työvoimatarpeen täsmentämiseksi tarvitaan erityisesti laadullista arviointia: terveydenhuollon hallinnon kehitykseen ja teknologisiin muutoksiin asetetaan nykyisin suuria toiveita. Silti on paljolti keskustelematta, mitkä muutostrendit ovat tärkeimmät, mitkä ovat niiden arvioidut vaikutukset ja kuinka todennäköisiä eri kehityskulut ovat.

KIRJALLISUUS

Ailasmaa R (2010) Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2007. Tilastoraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Autio V, Hanhijoki I, Katajisto J, Kimari M, Koski L, Lehtinen J, Montén S, Taipale U & Vasara A (1999) Ammatillinen koulutus 2010. Työvoiman tarve vuonna 2010 ja ammatillisen koulutuksen mitoitus. Helsinki: Opetushallitus.

Häkkinen U, Martikainen P, Noro A, Nihtilä E & Peltola M (2007) Aging, health expenditure proximity of death and income in Finland. <http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/papers/DPI-2007-VERKKO.pdf>.

Kamppinen M, Malaska P & Kuusi O (2002) Tulevaisuudentutkimuksen peruskäsitteet. Teoksessa Kamppinen M, Kuusi O & Söderlund S (toim.) Tulevaisuudentutkimus, 19–52. Suomalaisen kirjallisuuden seura: Helsinki.

Kaczmarczyk P & Okolski M (2008) Economic impacts of migration on Poland and Baltic states. Fafo-paper 2008: 1. Oslo.

Lauttamäki V & Hietanen O (2006) Sosiaali- ja terveysalan työvoima- ja koulutustarpeet 2015. Loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon ennakkointihankkeesta. TuTu-julkaisu 4/ 2006. Turku.

⁴ www.ooph.fi/tietopalvelut/ennakkointi/ennakkoinnin_sahkoinen_tietopalvelu_ENSTI.

Leiwo L, Heikkilä J & Matikainen M (2002) Hoitotyön osaamis- ja koulutustarpeen ennakointi. Hoke-hankkeen loppuraportti. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 16. Jyväskylä.

Montén S (2010) Koulutus & työvoima. Helsingin seutu 2020 - osaamisella kohti tulevaisuutta. Vantaan kaupunki: Vantaa.

Parjanne M-L (2004) Kehitysarvioita sosiaali- ja terveyssektorin työvoiman tarpeesta. Työpoliittinen aikakauskirja 4, 34–41.

Parkkinen P (2007) Riittääkö työvoima terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluihin? VATT-keskustelualoitteita 433. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.

Sihvonen A-P, Martelin T, Koskinen S, Sainio P & Aromaa A (2003) Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Teoksessa Heikkinen E & Rantanen T (toim.) Gerontologia, 48–59. Helsinki: Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001) Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001: 7. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004) Sosiaalimenojen kehitys pitkällä aikavälillä. SOMERA-toimikunnan taustaraportti. Julkaisuja 2002:21. Helsinki.

TERVEYDENHUOLLON OSAAJIEN KANSAINVÄLISESTÄ LIKKUVUUDESTA SUOMEEN

1. Terveystenhuollon henkilöstön kehitys ja siihen vaikuttavat tekijät

Terveystenhuollon henkilöstön koostumus muuttuu globaalisti kaiken aikaa, siihen on sekä tulo- että poistumavirtoja. OECD:n (2008) mukaan alan työhön tullaan 1) koulutuksen tai 2) maahanmuuton kautta tai 3) työvoiman tai alan ulkopuolelta esimerkiksi, jos on toimittu välillä muissa tehtävissä. Alalta poistutaan etupäässä neljällä tavalla: 1) eläkkeelle, 2) kuoleman kautta 3) maasta muuttaen tai 4) toiselle alalle siirtyen tai jäämällä kokonaan työvoiman ulkopuolelle.

OECD:n mukaan alalta poistuminen on yleensä tilapäistä, mikä ei vastaa todellisuutta useissa maissa. Luokitus osoittaa kuitenkin ne tekijät, jotka vaikuttavat alan työvoiman kokoon ja vakauteen. Ensiksikin koko työvoiman ikärakenne vaikuttaa eläkkeelle siirtymiseen, joka vaikuttaa merkittävästi alan työvoiman tarjontaan ja myös kysyntään. Samalla koko väestön ikärakenne vaikuttaa puolestaan terveydenhuollon osaajien kysyntään, siihen kuinka paljon työtä tarvitaan. Erityisesti ikääntyminen, kaikkein vanhimpien ikäluokkien suuri kasvu, ovat tässä tärkeimmät tekijät. Ne lisäävät selvästi palvelujen tarvetta ja osaajien kysyntää, ellei väestön toimintakyky ratkaisevasti parane (Parjanne 2004; Parkkinen 2007).

Toiseksi terveydenhuollon koulutuksen laajuus ja taso, jotka riippuvat kansallisesta koulutuspolitiikasta, vaikuttavat tulovirtaan. Sekä työolot että palkka vaikuttavat siihen, halutaanko alalle tulla ja pysyä sillä. Ne vaikuttavat osaltaan myös esimerkiksi ennenaikaiseen eläkkeelle siirtymiseen. Lisäksi pikemminkin nuorten ikäluokkien koko kuin koko työikäisten määrä vaikuttaa siihen, kuinka suuri työvoimapotentiali on käytettävissä terveydenhuoltoon. Jos nämä ikäluokat ovat hyvin pieniä, työvoima ei riitä missään tapauksessa tai nuorista kilpaillaan tiukasti eri alojen kesken. Kolmanneksi muuttoliike vie ja tuo terveydenhuollon osaajia maasta toiseen. Sen merkitys vaihtelee maittain ja on yhteydessä muun muassa liikkumisen vapauteen, osaamisen tunnistamiseen, työmarkkinatilanteeseen, palkkatasoeroihin ja kielitaitovaatimuksiin.

Terveystenhuollon osaajien määrän kehitys on OECD-maissa 1990-luvulle tultaessa kuitenkin merkittävästi hidastunut tai pysähtynyt, vaikka korjausta toiseen suuntaan lieene tapahtunut jossakin määrin viime vuosina. Keskimäärin näissä maissa terveydenhuollon ammattiteihin valmistuneiden määrät olivat esimerkiksi vuonna 2005 alempia kuin vuonna 1985. OECD-maissa terveydenhuollon henkilöstövajausta onkin globaalin muuttoliikkeen johdosta ja paikoin sitä tietoisesti hyväksi käyttäen täytetty lisääntyvästi ulkomaisella työvoimalla. Tämä tarkoittaa sitä, että nämä maat kilpailevat osittain keskenään alan työvoimasta. Niihin tulee myös vaihtelevasti työvoimaa OECD:n ulkopuolelta, mikä johtaa globaalissa kilpailussa heikosti menestyvät maat entistä syvempään terveydenhuollon henkilöstön vajakseen.

Yleisen henkilöstöpulan tärkeänä syntymissyynä pidetään terveydenhuollon henkilöstösuunnittelun ja -politiikan epäonnistumista niin varakkaissa maissa kuin kehitysmaissa, mutta siihen liittyy myös demografisia tekijöitä. Työmarkkinoille tulevat ikäluokat ovat monissa maissa olleet entistä pienempiä, tietoyhteiskunnassa nuorille on tarjolla entistä enemmän muitakin ammatillisia vaihtoehtoja, hoitoalan arvostus ei ole hyvin korkea tai se on alentunut entisestä ja yleiset mielikuvat hoitotyöstä (raskaus, status, palkka) eivät ole riittävän myönteisiä. Lisäksi väestön ikääntyminen ja kansalaisten lisääntynyt vauraus ja kuluttajietoisuus kasvattavat palvelujen tarvetta, eivätkä terveydenhuollon uudet teknologiat ole vastoin monia odotuksia vähentäneet sitä. Kehitys on pikemmin ollut päinvastainen (ks. Simoens ym. 2005).

Terveystenhuollon henkilöstökysymysten ratkaisu vaatii niin kansallisesti kuin kansainvälisesti sopivaa politiikkojen yhdistelmää. Yhdistäminen vain yhteen ratkaisumalliin ei johda toivottuun tulokseen (Simoens ym. 2005). Tässä tilanteessa työvoiman liikkuvuus maasta toiseen nähdään yhtenä ratkaisuna: koska työvoiman liikkuvuutta aina on ja sitä pyritään monin paikoin edistämään, se tulee ottaa huomioon terveydenhuollon henkilöstön suunnittelussa. Eri maiden lähtökohdat ovat keskenään hyvin erilaiset. Kun esimerkiksi OECD-maissa oli vuonna 2005 keskimäärin 8.9 sairaanhoitajaa ("nurses")/1 000 henkilöä, Suomessa vastaava luku oli 7.6, Unkarissa 8.8 ja Puolassa vain 5.1, mutta Norjassa peräti 15.4 (OECD 2008).

Tosin tarkemmat tiedot sairaanhoitajien määrityksistä eri maissa antavat aiheen suhtautua kriittisesti näihin tilastoihin, koska hoitajien koulutustausta ja ammatillinen taso vaihtelevat huomattavasti maittain. Kun puhumme sairaanhoitajista eri maissa, emme aina puhu samasta asiasta. Direktiivi ammattipätevyyden tunnustamisesta (2005/35/EY), joka

yhtenäistää koulutuksen koko unionissa, tuli voimaan esimerkiksi Suomessa vasta 1.1.2008. Terveydenhuollon henkilöstö rakentuu siis maittain eri tavoin. Samat terveyshyödyt voidaan tuottaa erilaisilla ammattirakenteilla ja eri organisaatioilla, joten terveydenhuollon työvoiman vajauksen tai ylimäärän arvioiminen ei aina ole kovin yksinkertainen asia.

2. Terveydenhuollon henkilöstön kansainvälinen liikkuvuus

Terveydenhuollon osaajien kansainvälisestä liikkuvuudesta, sen vaikutuksista ja etiikasta on keskusteltu kymmenisen vuotta. Keskusteluun ovat osallistuneet erityisesti WHO (2010; Buchan ym. 2003; Buchan & Perfilieva 2006; Rechel ym. 2006; Dussault ym. 2009) ja OECD (2007; 2008), kun taas Euroopan unioni (Commission of European Communities 2008) on lähinnä seurannut keskustelua ja yhtynyt WHO:n kantoihin. Tähän liikkuvuuteen ja sitä koskevaan keskusteluun on monia syitä.

Työvoiman liikkuvuutta on aina heikomman tulotason maista paremman tulotason maihin. Monien arvioiden mukaan tällainen muuttoliike on nykyään vähäisempää kuin esimerkiksi sata vuotta sitten, jolloin ns. uudet maailmat (USA, Latinalainen Amerikka, Australia) vetivät puoleensa eurooppalaisia maahanmuuttajia. Samalla, kun omistukset ja rahavarat voivat napin painalluksella siirtyä maapallon toiselle puolelle, ihmisten liikkuminen on edelleen melko monimutkainen tapahtuma, johon vaikuttavat monet työntö- ja vetotekijät. Tällä hetkellä terveydenhuollon työvoimaa pakenee - silloin kun se on mahdollista - eo. OECD:n tilastojen mukaan paitsi alhaisen tulotason maista myös erityisesti maista, joissa yhteiskuntaolot ovat tai ovat olleet levottomat. Näitä maita on muun muassa Afrikassa (mm. Sierra Leone, Liberia, Sudan; vähäisemmässä määrin myös mm. Etelä-Afrikka) ja Aasian kriisialueilla (mm. Afganistan, Iran, Irak).

Toisaalta liikkuvuutta on myös runsaasti taloudeltaan ja yhteiskuntaoloiltaan suunnilleen samantasoisten maiden välillä (esimerkiksi Ranskan ja Sveitsin, Saksan, Itävallan ja Sveitsin välillä), jolloin työntö- ja vetotekijät voivat olla kielellisiä ja kulttuurisia pikemminkin kuin talouteen ja turvallisuuteen liittyviä. Merkitystä on myös maantieteellä - lähelle mennään helpommin kuin kauas - ja liikkuvuuden syyt voivat olla myös ammatillisia tai perheeseen liittyviä tekijöitä tai voivat liittyä verotukseen tai asumisen hintaan. Tulevaisuudessa on mahdollista, että samanlainen tilanne kuin esimerkiksi Skånen ja Tanskan välillä syntyy Helsingin seudun ja Tallinnan välille. Voi olla kyse muutosta, mutta usein myös pendelöinnistä. Taloustieteen perusnäkömyksen mukaan vapaa liikkuvuus edistää taloudellista kasvua ja kilpailukykyä eli koituu globaalisti kaikkien hyödyksi, mutta tämä ei tarkoita sitä, ettei maiden joukossa olisi lainkaan nettöhäviöitä.

USA on ainoa maa, joka on kyennyt pitkään houkuttelemaan terveydenhuollon osaajia. OECD:n mukaan myös muun muassa Suomi on terveydenhuollon työvoimaa luovuttava maa. EU-maista englanninkieliset maat, kuten Iso-Britannia ja Irlanti, ovat parhaassa kilpailutilanteessa. Terveydenhuollossa edellytetään kansallisten kielten osaamista tietyllä tasolla. Englanti on ensimmäinen tai ainoa vieras kieli miltei kaikkialla. OECD:n terminologiassa puhutaankin ns. putousmallista, jonka mukaan terveydenhuollon liikkuva työvoima ikään kuin kokoontuu vaihteittain eri maihin. Sama maa voi olla muuttovoittoinen ja -tappiainen samalla kertaa, jos lähtö- ja tulovirtoja tarkastellaan erikseen.

Suomen terveydenhuollon monet merkittävät ennakkointiraportit ovat pitäneet tärkeänä terveydenhuollon rakenteiden ja toiminnan kehittämistä mainitsematta kansainvälistä liikkuvuutta (mm. Sosiaali- ja terveysministeriö 2001; Lauttamäki & Hietanen 20056). Myös WHO:n (2010) mukaan maiden tulee pyrkiä kehittämään koulutustaan ja työolojaan siten, että terveydenhuollon työvoiman tarve voidaan tyydyttää kansallisesti. Kun varakkaissa kehittyneissä maissa väestö ikääntyy ja terveydenhuollon palvelutarve kasvaa, työvoiman kysynnän ja tarjonnan kuilu laajenee kuitenkin niin, että kansalliset resurssit eivät riitä palvelutarpeen turvaamiseen, ellei samalla toteuteta palvelurakenteen mittavia uudistuksia. Tämä tuntuu olevan huomattavan vaikeaa kaikissa maissa.

Terveydenhuoltoalan koulutus on liian vähäistä tai liian vähän houkuttelevaa myös kehitysmaissa. Buchanin ja Perfilievan (2006) arvion mukaan esimerkiksi Afrikan terveydenhuoltoon tarvittaisiin 140 prosenttia nykyistä enemmän työvoimaa, mutta OECD-maissa työskentelevät afrikkalaiset osaajat kattavat vain 12 prosenttia työvoiman tarpeesta. Yhteensä 57 maasta, joissa on kriittinen terveydenhuoltohenkilöstön vaje, 36 on Afrikassa, 7 Itäisen Välimeren alueella, 6 Kaakkois-Aasiassa, 5 Amerikassa ja 3 Läntisen Tyynen meren alueella (Sisäasiainministeriö 2008). WHO on maailman terveysraportissa (2006), joka arvioi terveydenhuollon henkilöstövajauksen olevan koko maailman tasolla yli 4 miljoonaa, luonut kehystä henkilöstön kehittämiseksi kansallisella tasolla, mutta ehdotusten toteutuminen on vielä pitkälti kesken.

Useat varakkaat maat tai niiden toimijat rekrytoivat nykyisin terveydenhuollon osaajia kansainvälisillä markkinoilla. Niillä toimii myös maita, jotka kouluttavat työvoimaa yli oman tarpeen ja ovat erikoistuneet terveydenhuollon osaajien vientiin. Jälkimmäiseen ryhmään kuuluvat muun muassa muutamat Karibian meren saaret ja Filippiinit, joiden kansantulosta suuri osa tulee ulkomaille työhön lähteneiden eri alojen työntekijöiden kotiin lähettämästä rahasta ("remittances"). Tämä

rahavirta kehitysmaihiin on globaalisti viime vuosina ollut suurempi kuin koko kehitysmaiden saama apu. Vuonna 2009 tiedossa olevat rahavirrat lähtömaihiin olivat 414 miljardia dollaria. Tästä summasta 316 miljardia dollaria suuntautui kehitysmaihiin. Rahavirrasta eniten hyötyneiden maiden joukkoon kuuluu muun muassa EU-maa Puola, jonne maasta muuttaneet lähettivät yli 9 miljardia dollaria vuonna 2009.

Puolan saama rahamäärä ei ole kuitenkaan suhteellisesti yhtä suuri osa bruttokansantulosta kuin esimerkiksi Moldovan. Siellä pienemmät rahavirrat kattoivat peräti 31 prosenttia koko bruttokansantulosta vuonna 2008. Globaalisti Intia, Kiina, Meksiko, Filippiinit ja Bangla Desh ovat ne maat, jotka hyöttyivät eniten maasta muuttaneiden lähtömaahan lähettämästä rahasta vuonna 2009. Suhteellisesti tarkastellen taas Tajikistan on kaikkein riippuvaisin työperäisestä maastamuutosta. Sen bruttokansantulosta puolet tulee maasta muuttaneiden lähettämästä rahasta. Euroopan maista riippuvaisin on Moldovan jälkeen Bosnia & Herzegovina, jossa vastaava osuus oli 15 prosenttia vuonna 2009 (Migration Policy Institute 2010; Ratha ym. 2010; ks. Economist 16.10.2009). Tietoja nimenomaan terveydenhuoltoalan kansainvälisesti liikkuvien työntekijöiden rahavirroista lähtömaihiinsa ei ole.

Muutamat tulomaat ovat solmineet potentiaalisten lähtömaiden kanssa bilateraalisia sopimuksia terveysalan rekrytointiin liittyvästä yhteistyöstä. Näin ne pyrkivät selkiyttämään ja harmonisoimaan esimerkiksi koulutussisältöjä ja kansallisten toimijoiden pelisääntöjä. Esimerkiksi Espanjalla lähtömaana on sopimuksia muun muassa Ranskan ja Ison-Britannian kanssa. Iso-Britannia on solminut sopimuksia myös muun muassa Etelä-Afrikan, Kiinan ja Intian kanssa. Saksalla on bilateraalisia sopimuksia useiden Itä-Euroopan maiden kanssa (Puola, Ukraina, Kroatia, Slovenia, Tšekin tasavalta, Slovakia, Bulgaria, Romania), ja Italian eri maakunnat ovat solmineet koulutus sopimuksia Romanian eri maakuntien kanssa. Irlannilla ei tiettävästi tällaisia sopimuksia ole, vaikka se on viime aikoina ollut suosittu tulomaa. Brittiläisen kansainyhteisön mailla on usein keskinäisiä sopimuksia. Tällaiset sopimukset on solmittu muun muassa Australian ja Uuden Seelannin välillä, joiden välinen liikkuvuus on huomattavan suurta, mutta Australia on useammin tulomaa (OECD 2008, 30 - 31).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon osaajien kansainvälisen liikkuvuuden syitä koskevasta tutkimuksesta tuo esille kolme tekijää, jotka vaikuttavat keskeisesti liikkuvuuteen: taloudelliset kannustimet, urakehitykseen liittyvät tekijät ja terveydenhuollon johtaminen. Taloudelliset kannustimet kuten palkka ja sosiaaliturva ovat keskeinen liikkuvuuden syy, mutta ne eivät yksinomaan johda muuttoon toiseen maahan. Myös työntekijän saama tunnustus esimerkiksi mahdollisuutena osaamisen kehittämiseen tai uran luomiseen sekä se, kuinka riittävät toimintaresurssit (myös infrastruktuuri) on turvattu, vaikuttavat (Willis-Shattuck ym. 2008). Buchan ym. (2003) toteavat, että liikkuvuutta rajoittavat toimenpiteet, kuten esimerkiksi velvoite työskennellä valmistumisen jälkeen määrävuodet tietyissä tehtävissä yhteiskunnan koulutukseen antaman panoksen korvaamiseksi, mihin jotkut maat ovat turvautuneet esimerkiksi lääkäreiden kohdalla, ovat vapaan liikkuvuuden periaatteen vastaisia eivätkä korjaa niitä työntekijöitä, jotka vaikuttavat osaajien poismuuttoon, kuten huonoja työoloja, heikkoa tai ongelmallista sosiaaliturvaa, raskasta työtaakkaa ja ammatillisten perspektiivien puutetta.

Kansainvälisen liikkuvuuden hillitseminen ei siis riitä niiden maiden terveydenhuollon henkilöstöongelmien ratkaisemiseen, jotka nykytilanteessa näyttävät kärsivän tästä liikkuvuudesta. Maiden täytyy hoitaa koulutuksensa ja terveydenhuollonsa parempaan kuntoon, että ne kykenevät kilpailemaan osaajien kansainvälisillä markkinoilla. Tämä tarkoittaa muutakin kuin parempaa palkkausta. Buchanin ym. (2003) WHO:lle tekemä raportti, jossa nämä ajatukset on esitetty, tarkastelee sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta, mutta sen perusajatukset soveltuvat myös muun terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuuteen. Heidän mukaansa globaalia huolta herättävän nykytilanteen yhtenä keskeisenä syynä on, että kehittyneetkin maat eivät toistaiseksi kykene suunnittelemaan koulutus- ja terveyspolitiikkaansa riittävän hyvin. Monissa tapauksissa suunnitteluun tarvittavia perustietoja, rekistereitä tai tutkimusta, ei ole.

Buchan ym. (2003) luonnostelevat kolme toisiaan täydentävää ratkaisua nykytilanteeseen. Ensiksikin hoitajien palkkausta, työoloja ja yhteiskunnallista arvostusta tulee parantaa. Toiseksi Buchan ym. kannattavat bilateraalisia, kahden maan välisiä säänneltyjä työvoimavirtoja. Tästä esimerkkinä on Norja, jossa valtiollisesti asetetut, kaikkia toimijoita koskevat rekrytointitavoitteet toimivat kirjoittajien mielestä kaikkien osapuolten kannalta paremmin kuin esimerkiksi Ison-Britannian ja Irlannin suosituksia, jotka koskevat vain kaventuvaa julkista sektoria. Kolmanneksi kompensatiot lähtömaille ovat tärkeitä: ne voivat olla suoria tai epäsuoria taloudellisia korvauksia lähtömaille, ammatillisesti osaavamman henkilöstön vastavuoroista muuttoa lähtömaihiin tai paluumuuton tukemista. Buchan ym. pohtivat kehittyneiden vs. kehitysmaiden välisiä suhteita, mutta nämä ajatukset ovat relevantteja myös esimerkiksi Euroopan unionissa.

3. Etiikka ja terveydenhuollon osaajien kansainvälinen liikkuvuus

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan terveydenhuollon osaajien kansainvälistä rekrytointia on hyvä ohjata yhteisesti hyväksytyn eettisen ohjeiston avulla. WHO on valmistellut tänä vuonna tällaisen ohjeiston. Se on hyväksytty toukokuussa 2010 laajan ja kriittisen lausuntokierroksen jälkeen. Aiemmin eri maat ovat valmistelleet vastaavia ohjeistoja. Myös muun muassa Euroopan unionin sairaanhoitajien pysyvä komitea ja Euroopan sairaaloiden ja terveydenhuollon työntekijöiden yhteistyöelin ovat laatineet hyvän käytännön ohjeet (Standing Committee of Nurses of the EU 2005; EPSU-HOSPEEM 2008).

WHO:n ohjeisto on luonteeltaan vapaaehtoinen. Se pyrkii ottamaan huomioon niin lähtömaiden, kansainvälisesti liikkuvien terveydenhuollon osaajien kuin tulomaiden intressit asiassa. Se pyrkii myös ohjaamaan kansallista lainsäädäntöä ja instituutioiden kehitystä ja antaa opastusta kansainväliseen yhteistyöhön niin bilateraalaisella, valtioiden välisellä kuin laajemmalla kansainvälisellä pohjalla. Ohjeisto pyrkii määrittelemään eettiset periaatteet siten, että ne vahvistavat kehitysmaiden, siirtymätalousmaiden ja pienten saarivaltioiden terveysjärjestelmien kehitystä. Tämä luettelo osoittaa, millaisia maita terveydenhuollon kansainvälisen liikkuvuuden ensi sijassa arvellaan uhkaavan. Myös aiemmat kansalliset ja kansainväliset eettisen rekrytointin ohjeet ovat olleet luonteeltaan vapaaehtoisia, suosituksen kaltaisia, vaikka julkisessa terveydenhuollossa niihin voidaan liittää myös sanktioita. Niiden arvellaan kuitenkin vaikuttavan laajemmin, koska varakkaiden maiden työnantajat pitävät entistä tarkempaa huolta ulkoisesta kuvastaan.

WHO:n ohjeiston yhtenä lähtökohtana (artikla 3.4) on, että se ei rajoita terveydenhuollon työntekijöiden oikeutta muuttaa maihin, joihin he pääsevät ja joista he saavat töitä. Ihmisten oikeus parantaa omaa tai perheensä asemaa myös muuttamalla maasta toiseen tunnustetaan. Ohjeisto ei myöskään suhtaudu kielteisesti aktiiviseen rekrytointiin: siinä todetaan, että terveydenhuollon henkilöstön kansainvälinen liikkuvuus voi vahvistaa kansallisia terveysjärjestelmiä, jos rekrytointi hoidetaan oikein (vrt. De Raeve 2003). Lähtömaille on kuitenkin pyrittävä kompensoimaan niitä menetyksiä, joita muuttoliike aiheuttaa esimerkiksi teknisen ja taloudellisen avun ja henkilöstön kehittämisen avulla. Ohjeistoa laadittaessa on kiinnitetty erityisesti huomiota terveydenhuollon osaajien muuttoon ja rekrytointiin kehitysmaista kehittyneisiin maihin. Sama ohjeisto pätee hyvin myös Euroopan unionin sisäiseen liikkuvuuteen, jolla on kuitenkin erityispiirteitä.

WHO:n ohjeistossa on myös selkeä syrjinnän vastainen painotus, ts. sen mukaan työhön oton, työssä etenemisen ja palkan tulee perustua objektiivisiin osaamiskriteereihin ja maahan muuttaneiden ja muun työvoiman tulee näissä suhteissa olla yhdenvertaisessa asemassa (artikla 4.4). Kansainvälisen liikkuvuuden lisääntyessä yhdenvertaisuuden edistäminen saa yhä enemmän merkitystä, kun halutaan turvata talouden optimaalinen toiminta, johon liikkuvuudella osataan pyrkiä.

Kansainvälisessä keskustelussa korostunut huoli kehitysmaiden osaajista jättää huomiotta, että OECD:n (2008) tietojen mukaan globaalisti tärkeimpiä terveysalan henkilöstön lähtömaita ovat Iso-Britannia ja Saksa, joista suunnataan useimmiten Yhdysvaltoihin ja joihin puolestaan putousmallin mukaisesti muuttaa osaajia muista Euroopan maista. OECD-maissa työskentelevistä ulkomaisista sairaanhoitajista useimmat olivatkin vuoden 2000 tietojen mukaan tulleet toisesta OECD-maasta. Toiseksi suurin ryhmä oli kotoisin Aasiasta OECD:n ulkopuolelta, intialaiset lääkärit ja filippiiniläiset sairaanhoitajat ovat ylivoimaisesti suurimmat alueen ulkopuolelta tulleet etniset ryhmät (Dumont & Zurn 2007, 163-173).

EU:n yhteiset työmarkkinat ovat syntyneet Amsterdamin sopimuksen perusteella. Unionin kansalaiset voivat hakeutua työhön mihin EU-maahan tahansa vaihtelevien siirtymäkausien umpeuduttua. Liikkuvuutta edistämään on luotu vahvoja rakenteita: jo aiemmin eri maiden väliset, EU-tasolla vahvistetut sosiaaliturvasopimukset ja unionin yhteinen työnvälitysjärjestelmä (Eures). Yhteisten työmarkkinoiden tavoitteena on turvata taloudellista kasvua, kilpailukykyä ja työllisyyttä aihetta käsitelleen EU:n valkoisen kirjan (European Communities 1994) hengessä: esimerkiksi USA:n talouden dynaamisuutta pidetään aidosti maanlaajuisten työmarkkinoiden ja tuotantotekijöiden liikkuvuuden ansiona.

EU:n satojen miljoonien työntekijöiden yhteiset markkinat ja niillä toimivat kansainväliset rekrytointiyritykset ovat Suomessa uutta. Maahanmuuttoa koskevassa keskustelussa onkin monia ristiriitaisia piirteitä. Maahanmuutto-termi näyttää meillä muuntuvan koskemaan etupäässä ns. kolmansista maista eli EU:n ulkopuolelta tulleita, kun taas Euroopan unionin sisällä tapahtuvista muutoista puhutaan pelkästään liikkuvuutena, johon ei liity kontrolli-intressiä. Toisaalta EU:n yhteisilläkin työmarkkinoilla on edelleen eri maita. Työvoiman maahanmuuton kehittäminen vaatii muutakin kuin sääntelyä: Suomen toimenpideohjelmassa pidetään tärkeänä muun muassa maamme vetovoimastrategian luomista (Sisäasiainministeriö 2009).

Kaikilla EU-mailla on sama ongelma terveydenhuollon osaajien suhteen. Osaajia puuttuu kaikista maista, mutta vajeen suuruus, tarkempi luonne ja siitä tehdyt ennusteet vaihtelevat. Ikääntyvän väestönosan kasvua voidaan käyttää terveyspalvelujen tarpeen karkeana mittana. Tällöin voidaan ikääntymistä koskevan EU-raportin (European Commission 2008) perusteella arvioida, että terveyspalvelujen tarve on suurin Suomessa ja Saksassa vuonna 2030. Sen sijaan uudet EU-maat, esimerkiksi Puola, Slovakia ja Romania, ovat vaikeimmassa tilanteessa vuonna 2050.

Tilanteeseen vaikuttaa kuitenkin ratkaisevasti myös väestön toimintakyvyn kehitys: mikäli toimintakyky paranee eliniän pidentyessä tai mahdollisesti eliniän pitenemistä nopeammin, terveydenhuollon palvelujen kysyntä on pienempi (Parjanne 2004; Parkkinen 2007). Toisaalta EU-maiden nuorten ikäluokkien koko on pienenemässä: YK:n väestöennusteen mukaan 15 - 24-vuotiaiden osuus pienenee vuosina 2005 -2025 esimerkiksi Suomessa 8, Unkarissa 25 ja Puolassa peräti 44 prosenttia. Sitä vastoin Norjassa ko. ikäryhmä kasvaa seitsemän prosenttia. Vain Irlannissa ja Tanskassa voi odottaa yhtä suurta tai suurempaa kasvua (OECD 2008). Nämä tiedot kuvaavat kuitenkin muutosta, eivät lähtötasoa, ja osoittavat, että jo kvantitatiivisen tiedon perusteella tapahtuva ennakointi on vaikeaa.

EU-maat kilpailevat joka tapauksessa keskenään vapaasti terveydenhuollon osaajista, joita oman maan tarpeisiin voi tulla unionin toisesta maasta tai unionin ulkopuolelta. Amsterdamin sopimus mullisti EU:n sisäisen liikkuvuuden edellytykset. OECD:n tiedot (2008; Redfoot & Houser 2005) osoittavat, että alan osaajien halukkuus muuttaa matalan tulotason maista tilapäisesti tai toistaiseksi muualle on huomattava. Esimerkiksi puolalaisista terveydenhuollon osaajista 35 prosenttia ajatteli asiaa ja 10 prosenttia oli tehnyt jo tarkan muuttosuunnitelman 2000-luvun alussa. Samat luvut olivat Unkarissa peräti 48 ja 25 prosenttia ja Virossa 56 ja 5 prosenttia.

4. Terveydenhuollon osaajat Euroopassa - mitä tiedetään liikkuvuudesta?

Terveydenhuollon työvoiman liikkuvuudesta Euroopassa ja EU:n ja muun maailman välillä ei ole luotettavia tilastoja. Tilastointi koskee etupäässä niitä, jotka ovat hakeneet lähtö- tai tulomaassa valvontaviranomaisilta ammatinharjoittamisen luvan tai nimikehyväksynnän. Lääkärien luvut heijastanevat melko hyvin todellisuutta, mutta vähemmän koulutettujen osaajien tapauksessa ne eivät kuvaa koko volyymia. Useissa EU-maissa on esimerkiksi laajahkot kotihoidon työmarkkinat, jotka ovat kokonaan tai osittain epävirallisella työmarkkinasektorilla. Lisäksi hoitotyö on useissa lähtömaissa heikosti palkattua ja ehkä myös arvostettua. Muuttajalla on suuri houkutus siirtyä toiseen, paremmin palkattuun työhön, johon ulkomailla on helpompi päästä kuin hoitoalalle. Terveydenhuoltoalan osaajien lisääntynyt liikkuvuus ja tiedon puute ovat johtaneet siihen, että tällä hetkellä useat Euroopan unionin 7. puiteohjelman tutkimushankkeet kokoavat tietoa terveydenhuollon osaajien liikkuvuudesta ja kehittävät ennakointimenetelmiä (ks. tarkemmin www.mohprof.eu¹; www.rn4cast.eu²; www.who.euro.org³; www.ehma.org⁴). Tämä osoittaa, kuinka tärkeitä nämä kysymykset ovat sekä EU:ssa että globaalisti niin poliittisesti kuin myös käytännön henkilöstöresurssien suunnittelussa.

Siitä, mitä todella tapahtuu esimerkiksi koko Baltian maiden ja Puolan työvoiman keskuudessa, on ilmestynyt muutamia merkittäviä tutkimuksia (mm. Kaczmarczyk & Okolski 2008; vrt. Dölvik & Eldring 2008). Kun nämä maat liittyivät EU:hun, muuttovirrat kasvoivat huomattavasti ja niiden luonne ja kohdemaat muuttuivat. Perinteisen ja maantieteellisesti läheisen Saksan sijasta puolalaisten ja balttien tärkeimpiä kohdemaita ovat toistaiseksi Iso-Britannia ja Irlanti. Uusista jäsenmaista tulleet maahanmuuttajat ovat hyvin näkyvä maahanmuuttajaryhmä kaikissa EU-maissa (ks. Economist 27.11.2008). Isossa-Britanniassa baltit ja puolalaiset muodostavat tärkeimmän tulijaryhmän. Esimerkiksi Espanjassa samassa asemassa ovat romanialaiset (ks. van den Broek 2010), joita on erittäin paljon myös Italiassa.

¹ Mobility of Health Professionals: hankkeen keskeinen tavoite on parantaa terveydenhuollon osaajien liikkuvuutta koskevaa seurantaa; mukana EU-maiden (Saksa, Belgia, Bulgaria, Ranska, Puola) lisäksi mm. Sveitsi, USA, Etelä-Afrikka ja Filippiinit, koordinoiva taho Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD).

² Registered Nurses - Forecast: hankkeen keskeisenä tavoitteena on kehittää sairaanhoidon työvoiman suunnittelua ja ennakointia; koordinoiva taho Leuven University Belgiasta, muut osallistajat King's College (Lontoo), University of Pennsylvania (USA), Institute of Health Carlos III (Espanja), Dublin City University (Irlanti) ja Itä-Suomen yliopisto, joka keskittyy erityisesti maakohtaisten ennakointimallien selvittämiseen.

³ Health Professional Mobility in the European Union Study "PROMeTHEUS": hanke selvittää terveydenhuollon ammattilaisten liikkuvuutta Euroopassa, sen vaikutuksia, poliittisia responsseja ja henkilöstöpolitiikan ratkaisuja. Koordinoivat tahot ovat WHO-Europe European Observatory on Health Systems and Policies (tieteellinen työ) ja European Health Management Association (EHMA, hallinto). Johtoryhmässä ovat London School of Economics, London School of Hygiene & Tropical Medicine ja Technische Universität Berlin. Lisäksi mukana on 11 partneri-instituutiota, niiden joukossa Suomesta Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

⁴ European Health Management Association (EHMA) on PROMeTHEUS-hankkeen hallinnollinen koordinaattori.

Kaczmarczyk ja Okolskin (2008) mukaan maastamuutto uusista jäsenmaista on muuttunut pysyvämmän luonteiseksi ja perustuu entistä useammin yksilötason harkintaan. Tämä tarkoittaa sitä, että tärkeänä syynä muuttoon on yksilön tai perheen halu parantaa elämäntilannettaan eivätkä niinkään esimerkiksi poliittiset syyt. Maastamuuttoa tapahtuu erityisesti niiltä alueilta, jotka ovat taloudellisesti heikoimmin kehittyneitä. Tällaisia alueita ovat esimerkiksi Kaakkois-Puolan maakunnat. EU-jäsenyys on merkinnyt kuitenkin sitä, että maastamuuttajat tulevat nyt entistä laajemmalla alueelta, he ovat nuorempia ja paremmin koulutettuja kuin jokin aika sitten. Nykytilanteessa on siis sekä tavanomaista, eurooppalaisittain heikosti koulutetun työvoiman liikkuvuutta ns. kehitysalueilta (vrt. suomalaisten muutto Ruotsiin 1960- ja 1970-luvulla) työn ja paremman palkan perässä muualle että uudempana ilmiönä paremmin koulutetun kilpailukykyisen työvoiman poismuuttoa, klassista aivovuotoa.

Kaczmarczyk ja Okolskin (2008) mukaan Baltian maiden ja Puolan EU-jäsenyys on moninkertaistanut maasta muuttaneiden rahavirrat kotimaahan. Puola on globaalistikin suurimpien hyötyjien joukossa (ks. OECD 2008). Virossa kasvu on ollut jäsenyyttä edeltäneeseen tilanteeseen nähden kahdeksankertainen ja Liettuassa yli viisinkertainen. Kaikissa tapauksissa maasta muuttaneiden rahavirrat kohentavat lähtömaiden väestön toimeentuloa ja joissakin tapauksissa tuovat alkupääomaa pienyrityksiin ja tukevat lasten koulutusta. Kaczmarczyk ja Okolskin (2008) mukaan Baltian ja Puolan rahavirroista 70 - 90 prosenttia siirtyy kulutukseen. Rahavirroilla on vaikutusta myös palkkojen ja hintojen kehitykseen. Vaikka palkkojen ja hintojen säätelymekanismit ovat euromaissa ja ei-euromaissa erilaiset, tämä oletettavasti tasoittaa vaikutusta koko Euroopan unionin työmarkkinoilla. Virrat ovat kulttuurisidonnaisia ja niihin vaikuttaa aika sekä se, missä perhe asuu ja keitä perheeseen kuuluu. Voidaan keskustella myös siitä, missä määrin rahan lähettäminen on altruismia ja missä määrin se on vaihtosuhde, jossa rahan lähettäjä tai hänen perheensä saa erilaisia hyötyjä ja palveluja (vrt. Wolff ym. 2007).

Maastamuuton kokonaisvaikutukset riippuvat paitsi väestön demografisesta rakenteesta myös työvoiman väestöosuudesta ja rakenteesta. Esimerkiksi Puolassa työvoimaan kuulumisen ei ole yhtä yleistä kuin Baltiassa tai Pohjoismaissa. Muuttoliikkeen vaikutusten kompensointi voi Puolassa tapahtua niinkin, että väestöä suunnataan koulutuksella nykyistä enemmän työvoimaan täyttämään työvoimakapeikkoja. Kaczmarczyk ja Okolskin (2008) mukaan maastamuutto vaikuttaa yleisellä tasolla siten, että lähtömaan liikaväestö siirtyy toisen maan työmarkkinoille, joilla sille on kysyntää. Näin sekä lähtömaa että tulomaa hyötävät. Eurooppalaisten työmarkkinoiden luominen pyrkii juuri tähän.

Yksittäistä maasta muutttoa suurempi ongelma on muuttaneiden sijoittuminen tulomaassa ammattitaitoaan heikommin. Tilanne voi olla hyvä yksilön ja tulomaan kannalta, mutta kokonaisyhyötyä jää saamatta. Tämä valitettavan tavallista (ks. Liebkind ym. 2004). Maan osaamispääoman kehittämisen kannalta olennaista ei liioin ole vain poismuutto ja sen rakenne, vaan myös tulijat ja heidän profiilinsa. Jokaisen maan tulee kyetä houkuttelemaan korvaavia tai uudenlaisia osaajia poismuuttavien tilalle, koska avoimilla työmarkkinoilla on aina jonkin verran liikkuvuutta. Joissakin tapauksissa EU:n sisäisen muuttoliikkeen arvellaan kuitenkin aiheuttavan alueellista tai sektorikohtaista työvoimapulaa. Tutkimuksessa mainitaan esimerkkinä tarkemmin määrittelemättömien terveysalan osaajien puute Puolan tai Baltian maiden joillakin alueilla tai sektoreilla (vrt. Wolszczak-Derlacz 2009). Toisaalta paluumuutto vaikuttaa myönteisesti. Paluumuuttajat onnistuvat yleensä kohottamaan toimeentuloaan alkuperäisessä lähtömaassaan, koska heidän osaamisensa on parempaa (Iara 2006).

5. Ulkomaalaiset Suomessa ja suomalaiset ulkomailla, kansainvälinen perspektiivi

Suomi on terveydenhuollon työvoiman kannalta lähinnä lähtömaa (Ailasmaa 2010). Suomalaisia lääkäreitä on ulkomailla noin tuhat eli suunnilleen saman verran kuin ulkomailta tulleita lääkäreitä Suomessa. Sen sijaan suomalaisia sairaanhoitajia on ulkomailla 3 800, kun niitä ulkomaalaisia sairaanhoitajia, jotka eivät ole Suomen kansalaisia, on Suomessa vain 950. Suomeen tulleista ulkomaalaisista suurehko osa saa Suomen kansalaisuuden, mutta tämä ei vaikuta merkittävästi havaittuun eroon, sillä myös suomalaiset osaajat päätyvät tyypillisissä tulomaissaan (Ruotsi, Norja, Iso-Britannia, Saksa, Sveitsi) monesti niiden kansalaisiksi. Kaikkia alan koulutuksen saaneita suomalaisia lääkäreitä ja hoitajia on tällä hetkellä ulkomailla töissä arviolta noin viisi prosenttia (Sisäasiainministeriö 2008).

Suomessa työskenteli yhteensä 1 115 ulkomailla syntynyttä sairaan- tai terveydenhoitajaa ja kättilöä sekä 40 osastonhoitajaa vuonna 2007. Suomessa työskenteli samana vuonna 1 030 ulkomailla syntynyttä lääkäriä, 1 080 sairaala- ja hoitoapulaisia sekä 670 apu-, perus- ja lähihoitajaa. Ulkomailta tulleita sairaanhoitajia, lähihoitajia (ml. apu- ja perushoitajat) ja hoitoapulaisia oli Suomessa yhteensä 2 895 henkilöä eli noin tuhat vähemmän kuin pelkästään suomalaisia sairaanhoitajia on ulkomailla. Tärkeimmät lääkäreiden ja sairaanhoitajien tulomaat meillä ovat Viro, Venäjä ja Ruotsi (Ailasmaa 2010).

Ulkomailla syntyneiden osuus oli vuonna 2007 vain 2,8 prosenttia (9 920) koko sosiaali- ja terveystalouden henkilöstöstä, vaikka määrä on seitsemässä vuodessa lähes kaksinkertaistunut. Ulkomailla syntyneitä sairaanhoitajia oli hieman vähemmän eli kaksi prosenttia. Tulijat ovat suhteellisesti useammin lääkäreitä. OECD:n (2007; 2008) tiedot vuosituhaten vaihteesta antavat kiinnostavia vertailulukuja eri maista. Kaikkien OECD-maiden lääkäreistä 18 ja sairaanhoitajista 11 prosenttia oli syntynyt ulkomailla. Ulkomailla syntyneiden osuus kaikista hoitajista oli huomattavan korkea Euroopan maista Itävallassa (15 %), Saksassa (10 %), Isossa-Britanniassa (15 %), Irlannissa (14 %), Luxemburgissa (26 %) ja Portugalissa (14 %). Luvut viittaavat siihen, että muutamien EU-maiden välillä osajien liikkuvuus on suhteellisen suurta ja liittyy usein yhteiseen kieleen ja kulttuuriin. Vaikka Yhdysvalloissa on määrällisesti eniten ulkomailla koulutettuja sairaanhoitajia, heidän suhteellinen osuutensa kaikista oli kuitenkin alle neljä prosenttia.

OECD:n (2008, 61) vertailun mukaan ainakaan lääkärin palkkataso maassamme ei ole kansainvälisesti houkutteleva, joten Suomen kilpailuasema ei ole paras mahdollinen. Selvityksen mukaan useimmat vertailun maat kuten USA, Iso-Britannia, Hollanti, Saksa, Islanti, Itävalta, Sveitsi, Luxemburg, Kanada ja Ranska tarjoavat lääkäreille niin absoluuttisesti kuin suhteellisesti mitaten Suomea paremman toimeentulon. Vastaavia vertailutietoja sairaanhoitajien palkoista ei ole käytettävissä, mutta Suomen ero vertailumaihin lienee tässä samankaltainen. Toisaalta esimerkiksi sairaanhoitajien palkkataso on Suomessa moninkertainen verrattuna useiden Euroopan unionin uusien jäsenmaiden tilanteeseen (esim. Lätnelaid ym. 2010; Kautsch 2010). Tulovirta Suomeen näistä maista on kuitenkin ollut vielä suhteellisen vaatimaton (mahdollisena poikkeuksena Viro), vaikka arvioidaan, että suurehko osa pääkaupunkiseudun julkisesta terveydenhuollosta toimii jo nyt ulkomailta tulleiden työntekijöiden varassa. OECD:n (2007, 199) mukaan ulkomailta tulleet terveydenhuollon osaajat ovat monissa maissa pelastaneet terveydenhuollon päivistystoiminnan, koska heidän ajankäyttönsä on muita joustavampaa.

Kun otetaan huomioon sekä palkkakilpailu että terveydenhuollolle ominainen kielitaitovaatimus, Suomen kyky houkutella ulkomaista työvoimaa terveydenhuoltoon ei ole erityisen vankka. Kielitaitovaatimus tarkoittaa sitä, että Suomen terveydenhuoltoon tulijan on sijoitettava paljon aikaa ja joskus varoja kielen oppimiseen, mikäli hän haluaa ammattitaitoaan vastaavaan työhön. Koska muuttoliike perustuu paljolti ketjuihin (chain migration), sekä liikkuvuuden määrään kuin tulomaahan vaikuttavat lähtömaiden verkostot. Tuttavat kertovat muuttoa harkitseville, mitä kannattaa tehdä. Meillä ei ole isoja ryhmiä potentiaalisista lähtömaista eli meillä ei ole puolestapuhujia (vrt. esimerkiksi puolalaiset Ruotsissa). Suomalaisten terveydenhuollon työnantajien täytyy ponnistella, että voimme olla todellinen vaihtoehto Euroopan unionissa liikkuville alan eurooppalaisille osaajille. Pienten kielialueiden ja palkkatasoltaan keskikastiin kuuluvien maiden ongelma on todettu myös OECD:ssa (Chaloff & Lemaitre 2009, 4; vrt. de Veer ym. 2004). Norja on hyvän palkkatasonsa ansiosta menestynyt kilpailussa hyvin (ks. van Riemsdijk 2006).

Meillä on viime vuosina tehty merkittäviä ohjelmia ja hankkeita, joiden tarkoituksena on lisätä työperäistä maahanmuuttoa Suomeen. Ensimmäinen maahanmuuttopoliittinen ohjelma julkaistiin vuonna 2006 (Työministeriö 2006). Ohjelman mukaan kansalliset työmarkkinat ovat muuttuneet. Työperusteinen maahanmuutto laajentaa Suomen osaamispohjaa, jota väestön ikääntyminen uhkaa eri alueilla kaventaa. Yhteiskunnan monimuotoistuminen vaikuttaa myönteisesti yritteliäisyyteen ja innovatiivisuuteen. Maahanmuuttopoliittikkaa pidetään osana globaalisuuden hallintaa. Onkin tärkeää parantaa ulkomaalaisiin kohdistuvia asenteita ja luoda myönteistä Suomi-kuvaa maailmalla. Työperusteista maahanmuuttoa tulee edistää ja tehdä tunnetuksi Suomen vetovoimatekijöitä ja mahdollisuuksia työskennellä Suomessa. Samalla työvoiman liikkumista koskevaa yhteistyötä EU-maiden, mutta myös muiden "merkittävien työvoiman lähtömaiden" ja lähialueiden kanssa halutaan lisätä. Poliittikalinkauksiin kuuluvat myös muun muassa ulkomailla hankitun osaamisen tunnustamisen parantaminen ja syrjimättömyyden edistäminen nollatoleranssin pohjalta.

Nykyinen hallitus on jatkanut samalla linjalla. Se on toteuttanut muun muassa hankkeen työvoiman maahanmuuton edistämisestä lähtömaiden kanssa (Sisäasiainministeriö 2008) ja laatinut työvoiman maahanmuuton toimintaohjelman (Sisäasiainministeriö 2009). Edellisessä todetaan, että liikkuvuusyhteistyössä lähtökohtana on vastuullinen, eettisiä periaatteita noudattava kohdennettu rekrytointi. Hyvät työolot, korkeat standardit ja yhdenvertainen kohtelu ovat sellaisia tekijöitä, joilla voidaan varmistaa kestävä työvoiman hankinta. Julkishallinnon olisi muun muassa neuvottava työnantaja ja työntekijöitä lähtömaassa, tuotettava tietoa Suomen työelämästä ja erilaisia oppimateriaaleja. Sen sijaan työnantajien tulisi maksaa työntekijöiden koulutus.

Hanke suhtautui kahdenvälisiin viranomaissovimuksiin kielteisesti, koska ne aiheuttavat byrokratiaa ja niiden käytännön hyödyt ovat kyseenalaiset. Tällaiset sopimukset eivät sido yksityisiä työnantajia toimintaan vain sopimuskumppaneina olevissa maissa. Hankkeessa todettiin, että terveydenhuollon henkilöstön ulkomainen rekrytointi on erityiskysymys, jota tulisi selvittää erikseen. Siihen suositeltiin pilottihanketta. Tällainen pilotti on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen

Attraktiivinen Suomi -projekti (2008 - 10), joka selvittää tilannetta muutamissa uusissa EU-maissa sekä kehittää rekrytointimallia ja verkostoja muutamiin valittuihin kohdemaihin.

Työvoiman maahanmuuton toimenpideohjelma (Sisäasiainministeriö 2009) luettelee joukon erilaisia hankkeita, jotka konkretisoivat ohjelmaa. Niistä tällä hetkellä laajin lienee Euroopan Sosiaalirahaston (ESR) puitteissa (ensimmäinen ohjelmakausi 2008 - 2010) tapahtuva työ, joka sisältää kaksi valtakunnallista kehittämishanketta, toinen niistä tukee työperusteista maahanmuuttoa ja toinen maahanmuuton alkuvaiheen ohjausta ja neuvontaa. Toimintaan on alustavasti varattu yhteensä 64 miljoonaa euroa. Edellisen kehittämisohjelman avulla pyritään kehittämään työvoiman saatavuutta alueellisesti ja paikallisesti. Siihen kuuluvat hankekokonaisuuksina opastusjärjestelmän kehittäminen, yhteistyöverkoston rakentaminen Suomen ja muiden EU-maiden kanssa, Suomen vetovoimastrategian laatiminen, työnantajien tukeminen rekrytinnissa ja pilottiprojektien toteuttaminen. Tällä hetkellä työperäistä maahanmuuttoa tukevasta kehittämisohjelmasta rahoitetaan alueellisesti tai valtakunnallisesti yli 20 hanketta eri puolilla Suomea. Niille on rakennettu sekä valtakunnallisesti että alueellisesti hyviä käytäntöjä etsiviä ja levittäviä, yhdistäviä hankkeita, kuten sisäasiainministeriön MATTO-projekti ja Uudenmaan ELY-keskuksen INSITE-projekti.

Työvoiman maahanmuuton toimenpideohjelman mukaan työperäinen maahanmuutto täydentää kotimaista työvoimapotentiaalia eikä korvaa sitä. Ohjelma pitää rekrytointia eettisenä siten, että myös lähtömaiden kehitystarpeet otetaan huomioon. Suomea on myös markkinoitava aktiivisemmin opiskelu- ja työntekomaana. Ohjelma-asiakirja asettaa selkeitä toiveita Euroopan unionille yhteisen Eures-työnvälitysverkoston toimintaan. Toimenpide-ehdotuksiin kuuluu vielä yhteistyön kehittäminen ulkomaisen työvoiman kysymyksissä Pohjoismaiden ja Baltian maiden kanssa. Työ- ja elinkeinoministeriö on myös asettanut strategisen hankkeen hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittiseksi kehittämiseksi.

Ulkomaisten työvoiman tarve riippuu meillä suhdanteista ja keskittyy tietyille alueille ja tiettyihin ammatteihin. Työvoiman kysynnän ja tarjonnan paremmaksi kohtaamiseksi on kehitetty alueellisen ennakoinnin välineitä, jotka kykenevät kuvaamaan tilannetta ammattitaitain (ks. erityisesti Monten 2010). Tuomaalan ja Torven (2008) mukaan kolme ammattia, joissa oli eniten työvoiman hankintaan liittyviä ongelmia, olivat sairaanhoitaja, lääkäri ja lähihoitaja. Tämä osoittaa suomalaisen terveydenhuollon haavoittuvuutta.

Maassamuutto on perinteisesti tyydyttänyt erityisesti Etelä-Suomen työvoimatarpeita, mutta nyt rekrytointiongelmat ovat suurimmat Etelä-Suomessa ja Kainuussa. Helsingin seudun vetovoima lienee hiipunut asumisen kalleuden takia (Jylli 2009), vaikka suuri osa rekrytointivaikeuksista johtuu työntekijän osaamiseen liittyvistä syistä. Tuomaalan ja Torven (2008) mukaan vain 5 - 10 prosenttia ulkomaalaisten maahanmuutosta on nykyisin työperäistä ja pysyvää. Tähänastinen maahanmuuttopolitiikka ja nykyinen maahanmuuttajatyövoima eivät ratkaise työvoiman saatavuuden ongelmia. Raunion ja Forsanderin (2010, 196) mukaan meillä tarvitaan innovatiivisuutta globaalien osaajien markkinoilla toimimiseen, uudenlaista asennetta maahanmuuttoon ja sellaista integroitua päätöksentekoa, että yhteiskunta ja organisaatiot saadaan muuttumaan nykytilanteen vaatimalla tavalla.

Vallitseva kansainvälisen talouden kriisi on johtanut työvoiman kysynnän ainakin tilapäiseen hyytymiseen ja protektionistisen ilmapiirin lisääntymiseen myös Suomessa. Tässä esitellyt merkittävät poliittiset avaukset etenevät odotettua hitaammin käytäntöön. Se on merkinnyt myös sitä, että yksityisen sektorin kysynnän alenemisen jälkeen työperäisen maahanmuuton hankkeet pyrkivät entistä enemmän yhteistyöhön julkisen sektorin terveydenhuollon kanssa, jonka kysyntä on vakaampaa ja jonka ennakoinnin oletetaan tapahtuvan pitemmällä perspektiivillä kuin yksityisellä sektorilla.

Terveydenhuollon työvoiman kansainvälinen rekrytointi on kuitenkin Suomessa alkanut muutamia vuosia sitten liiketaloudellisin tavoittein osana globalisaatiota. Esperin tuomat harvat filippiiniläiset sairaanhoitajat saivat aikanaan runsaasti julkisuutta (mm. Sillanpää 2008). Opteam on tuonut äskettäin etupäässä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille 20 sairaanhoitajaa Filippiineiltä. Suomen Kuntaliitolla on Kiinassa hanke, jossa luodaan koulutusyhteistyötä suomalaisten työnantajien tarpeisiin. Suomalaisia rekrytointiyrityksiä toimii myös Euroopan unionin uusissa jäsenmaissa, mutta niiden kokemus terveydenhuollon työvoiman välittämisestä on vähäinen. Euroopan unionin sisällä voidaan kysyä, kuinka toiminta järjestetään siten, että se ottaa riittävästi huomioon lähtömaan ja tulomaan eri osapuolten intressit. Kysymys on paitsi eettinen, myös käytännöllinen: menestyminen kilpailussa osaavasta työvoimasta edellyttää toiminnan häiriötöntä ulkoista kuvaa ja tiedossa olevia hyötyjä ja haittoja. Tämä on tärkeä kilpailutekijä pienelle tuntemattomalle maalle. EU-maissa toimiminen edellyttää yhteistyötä ja valmiutta vastavuoroisuuteen, jota suurten kielialueiden maiden ei tarvitse samalla tavalla tarjota.

Menestyksenkäs kotoutuminen on työnantajalle kannattavan rekrytinnin edellytys. Ammattitaitoisen työvoiman hankinta aiheuttaa työnantajalle kustannuksia, joten on suotavaa, että työntekijä saadaan palvelukseen riittävän pitkäksi aikaa.

Määräaikaiset työsuhteet ovat nykyään yleisiä. Elinikäisiä sitoumuksia sekä odotetaan että tehdään entistä harvemmin. Eri rekrytointihankkeiden käytännöt osoittavat, että työsuhteen halutaan kestävän ainakin muutamia vuosia. Terveystieteiden henkilöstön työttömyystiedot ovat tärkeä osoitin, kun mietitään, miten ulkomailta kotoisin olevat alan osaajat selviytyvät Suomen työmarkkinoilla. Ailasmaan (2010) mukaan ulkomaalaisten sairaan- tai terveydenhoitajien ja kättilöiden työttömyysaste on moninkertainen verrattuna suomalaisiin ja että yli neljännes kaikista on työvoiman ulkopuolella. Tämä viittaa siihen, että terveydenhuollossa toimivien, ulkomailta syntyneiden asema ei ole meillä paljонkaan parempi kuin maahanmuuttajien keskimäärin. Tulos viittaa Suomen työmarkkinoiden toimintahäiriöihin. Myös työsyrynnästä on yleisellä tasolla saatu vakuuttavaa tietoa (ks. Akhlaq 2005; Jasinskaja-Lahti ym. 2004).

Työperäisen maahanmuuton onnistuminen on tosiasiasa kaksivaiheinen prosessi: ensin on saatava sopivaa työvoimaa maahan ja sen jälkeen se on saatava pysymään maassa (mm. Bürgelt ym. 2008). Terveystieteiden osaajat eivät sitoudu tulomaahan välittömästi, vaan sopeutumisessa on erilaisia vaihteita, jotka tulee ottaa huomioon (ks. Jasinskaja-Lahti & Laine 2009). Riskinä on, että eurokansalaiset voivat vastoinkäymisten sattuessa muuttaa toiseen maahan. Esimerkiksi puolalaisten liikkuvuudesta Isoon-Britanniaan ja Irlantiin työmarkkinatilanteen ja rahan arvon vaihdellessa ja myöhemmästä poismuutosta on jonkin verran tietoa, vaikkakaan ei vielä tieteellistä tutkimusta (Economist 27.11.2008).

Monimuotoisuus työpaikoilla ja monimuotoisuuden johtaminen ovat melko uutta Suomessa. Eri työnantajien kiinnostukset aiheeseen vaihtelevat. Suomessa on toteutettu muutamia monimuotoisuutta työelämässä edistäneitä hankkeita (ks. esim. www.monikko.net), mutta meillä lienee vielä melko vähän monimuotoisuuden johtamisen asiantuntijoita (vrt. Savileppä 2005). Aihe on laajempi kuin pelkästään syrynnän vastustaminen. Se ei liity vain työllisyyden hoitoon, sillä erityisesti Kanadan ja Australian työpaikoilla monimuotoisuutta pidetään myös markkinointitietuna, jota tulee kehittää ja hyödyntää. Monimuotoisuuden johtaminen koskee koko henkilöstöä ja sen kehittämistä eikä kyseessä ole vain maahan tulneiden sopeuttaminen. Se on taito, jota suomalaiset työnantajat vasta harjoittelevat. Monimuotoisuuden johtaminen sairaanhoitajien parissa on helpompaa, koska hoitoalan etiikka on kieli- ja koulutuseroista huolimatta pitkälti samanlaista Euroopan eri maissa (Dobrowolska ym. 2009).

KIRJALLISUUS

Ailasmaa, Reijo: Sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstö 2007. Tilastoraportti. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.

Akhlaq, Ahmad: Getting a job in Finland. The social networks of immigrants from the Indian subcontinent in the Helsinki metropolitan labour market. Department of Sociology: Research Reports No. 247. Helsinki, University of Helsinki, 2005.

van den Broek, Hans-Peter: Immigration in Spain: data, policies and debates. Mannila, Simo, Messing, Vera, van den Broek, Hans & Vidra, Zsuzsa: Immigrants and Ethnic Minorities: European Country Cases and Debates. Reports of the National Institute for Health and Welfare: Helsinki (forthcoming).

Buchan, J, Parkin, T & Sochalski, J: International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications. WHO, Geneva 2003.

Buchan James & Perfilieva, Galina: Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006.

Bürgelt, P.T, Morgan, M. & Pernice R: Staying or returning: Pre-migration influences on the migration process of German migrants to New Zealand. Journal of Community & Applied Psychology 18 (2008), 282-298.

Chaloff, Jonathan & Lemaitre, Georges: Managing highly-skilled labour migration: A comparative analysis of migration policies and challenges in OECD countries. OECD Social, Employment and Migration Papers No. 79. Paris: OECD, 2009.

Commission of the European Communities: Green Paper on the European Workforce for Health. Brussels 10.12.2008.

De Raeve, Paul: The free movement of nurses: A win-win situation if based on ethical recruitment guidelines. Eurohealth 9 (2003): Autumn, 1-3.

Dobrowolska, Beata, Wronska, Irena, Fidecki, Wieslaw & Wysokinski, Mariusz: Moral obligations of nurses based on the ICN, UK, Irish and Polish codes of ethics for nurses. Nursing Ethics 2 (2007): 14, 171-181.

Dumont, Jan-Christophe & Zurn, Pascal: Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration. International Migration Outlook: SOPEMI 2007 Edition, 161-228. OECD: Paris, 2007.

Dussault, Gilles, Fronteira, Ines & Cabral, Jorge: Migration of health personnel in the WHO European Region. WHO-Europe: Geneva, 2009.

Dölvik, Jon Erik & Eldring, Line: Arbeidsmobilitet fra de nye EU-landene til Norden - utviklingstrekk og konsekvenser. TemaNord 2008: 502. København.

Economist 27.11.2008. Europe's surprising labour flexibility. How migrating workers from eastern Europe are improving labour markets.

Economist 10 - 16.10.2009. Migration and development. The aid workers who really help.

EPSU-HOSPEEM: Code of Conduct and Follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention in the Hospital Sector. http://www.epsu.org/IMG/pdf/EPSU_HOSPEEM_Code_of_conduct-07-0708_with_signatures_2.pdf. 10.10.2010.

European Commission: The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. European Economy 7/ 2008. Directorate for Economic and Financial Affairs: Luxembourg.

Iara, Anna: Skill diffusion by temporary migration? Returns to Western European working experience in the WU accession countries. Centro Studi Luca d'Agliano Development Studies Working Paper No. 210, Milano, 2006.

Jasinskaja-Lahti, Inga, Liebkina, Karmela & Vesala, Tiina: Rasismi ja syrjintä Suomessa. Maahanmuuttajien kokemuksia. Gaudeamus: Helsinki, 2002.

Jasinskaja-Lahti, Inga & Laine, Markus: Founding the European Chemicals Agency: The Perspectives of the Employees and the City of Helsinki. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 2009: 7. Helsinki.

Jylli, Hilka: Alueellinen ennakointi ja terveydenhuollon työvoima. Puheenvuoro Attraktiivinen Suomi -hankkeen ennakointiworkshopissa 20.8.2009.

Kaczmarkczyk, Pavel & Okolski, Marek: Economic impacts of migration on Poland and Baltic states. Fafo-paper 2008:1. Oslo.

Kautsch, Marcin Attractive Finland - Promotion of Professional Mobility in Health Care. Country Overview: Poland. University of Krakow: Krakow, 2010 (unpublished).

Lauttamäki, Ville & Hietanen, O: Sosiaali- ja terveysalan työvoima- ja koulutustarpeet 2015. Loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon ennakointihankkeesta. TuTu-julkaisu 4/ 2006. Turku.

Länelaid, Siret, Paat, Gerli & Aaviksoo, A: Attractive Finland - Promotion of Professional Mobility in Health Care. Country Overview: Estonia. Praxis: Tallinn 2010 (unpublished).

Liebkina, Karmela, Mannila, Simo, Jasinskaja-Lahti, Inga, Jaakkola, Magdalena, Kyntäjä, Eve & Jääskeläinen, Anni: Venäläinen, virolainen, suomalainen. Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen. Helsinki: Gaudeamus 2004.

Migration Policy Institute: Global remittances guide. <http://www.migrationinformation.org/datahub/remittances.cfm>. 10.10.2010.

Montén, Seppo: Koulutus & työvoima. Helsingin seutu 2020 - osaamisella kohti tulevaisuutta. Vantaan kaupunki: Vantaa.

OECD: The Looming Crisis of in the Health Workforce. How Can the OECD Countries Respond? Paris, 2008.

Parjanne, Marja-Liisa: Kehitysarvioita sosiaali- ja terveyssektorin työvoiman tarpeesta. Työpoliittinen aikakauskirja 2004, 4, 34-41.

Parkkinen, Pekka: Riittääkö työvoima terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluihin? VATT-keskustelualoitteita 433. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuslaitos, 2007

Ratha, Dilip, Mohapatra, Sanket & Silwal, Ani: Remittances to developing countries remained resilient in 2009, expected to recover in 2010-11. Migration and Development Brief 12. World Bank: Washington, 2010.

Raunio, Mika & Forsander, Annika: The Welfare State in Competition for Global Talent. From National Protectionism to Regional Connectivity - the Case of Finland. Frankfurt am Main: Peter Lang, 2009.

Rechel, Bernd, Dubois, Carl-Ady & McKee Martin: The Health Care Workforce in Europe: Learning from Experience. WHO Regional Office for Europe & European Observatory on Health Systems and Policies: Copenhagen, 2006.

Redfoot, Donald L & Houser, Ari N: "We shall travel on": Quality of care, economic development and the international migration of long-term care workers. AARP Public Policy Institute: Washington, 2005.

Riemsdijk van, Micheline: Rekruttering av polske sykepleire til Norge. Erfaringer og virkninger. Fafo-notat 2006: 27. Oslo

Savileppä, Anna: Johda monimuotoisuutta - investoi tulevaisuuteen. Diversa Consulting: Helsinki, 2007.

Sillanpää, Sami: Käsi ylös, kuka lähtee Suomeen. Helsingin Sanomat 20.1.2008.

Simoens, Steven, Villeneuve, Mike & Hurst, Jeremy: Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. OECD Health Working Papers 19. OECD: Paris, 2005.

Sisäasiainministeriö: Työvoiman maahanmuuton edistämisen yhteistyömuodot lähtömaiden kanssa. Sisäasiainministeriön julkaisuja 31/ 2008.

Sisäasiainministeriö: Työvoiman maahanmuuton toimenpideohjelma. Sisäasiainministeriön julkaisuja 23/ 2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö: Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001: 7. Helsinki.

Standing Committee of Nurses of the EU (PCN): PCN Good Practice Guidance for International Nurse Recruitment. http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/responses/a23605_en_3.pdf. 10.10.2010

Tuomaala, Mika & Torvi, Kai: Kohti työperusteita maahanmuuttoa: ulkomailta palkattavan työvoiman tarpeen arviointi. TEM analyseja 9/ 2008.

Työministeriö: Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma. Työhallinnon julkaisuja 371: Helsinki, 2006

de Veer, Anke, van Ouden, Dirk-Jan & Francke, Anneke: Experiences of foreign European nurses in The Netherlands. Health Policy 68 (2004): 55-61.

WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN_pdf. 10.10 2010.

WHO: The 2006 World Health Report: Working Together for Health. Geneva, 2006.

Willis-Shattuck, Mischa, Bidwell, Posy, Thomas, St eve, Wyness, Laura, Blaauw, Duane & Ditlopo, Prudence: Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. BMC Health Services Research 8 (2008), 247-253.

Wolff, Francois-Charles, Spilerman, Seymour & Attias-Donfut, C: Transfers from migrants to their children: Evidence that altruism and cultural factors matter. Review of Income and Wealth 2007.

Wolszczak-Derlacz, Joanna: The impact of internal and international migration on regional convergence in Poland. Duszczka, M & Lesinskiez, M (toim.) Wspolczesne migracje: dylematy Europy i Polski, 92 - 120. Warsaw: University of Warsaw Press, 2009.

Marcin Kautsch
Krakovan yliopisto

PUOLALAISTEN SAIRAANHOITAJIEN KIINNOSTUS KANSAINVÄLISEEN LIKKUVUUTEEN JA SUOMEEN

1. Selvityksen aihe ja tausta

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kansainvälisten asiain yksikkö toteutti vuosina 2008 - 2010 Euroopan sosiaalirahaston varoin Attraktiivinen Suomi -hankkeen, jonka kumppaneina ovat olleet Helsingin kaupunki ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hankkeen tavoitteena on ollut luoda kansainvälinen rekrytointimalli, jota kumppanit voivat käyttää rekrytoidessaan myöhemmin sairaanhoitajia Euroopan unionin yhteisiltä työmarkkinoilta. Tätä mallia luotaessa on tehty eritasoisia maaselvityksiä ja tutustumiskäyntejä. Niiden perusteella päädyttiin yhteistyöhön Puolan kanssa. Vuoden 2010 alussa hanke tilasi selvityksen Puolan sairaanhoitajien määristä, koulutuksesta ja liikkuvuudesta.

Toiminnan edetessä tarvittiin tietoa siitä, mitkä tekijät vaikuttavat puolalaisten sairaanhoitajien haluun hakeutua työhön ulkomaille. Tästä syystä Attraktiivinen Suomi -hanke tilasi kesällä 2010 selvityksen puolalaisten hoitajien kiinnostuksesta hakeutua työhön ulkomaille ja erityisesti heidän kiinnostuksestaan Suomeen. Työn teki tohtori Marcin Kautsch Krakovan yliopiston kansanterveystieteen laitokselta. Tässä liitteessä esitellään lyhyesti selvityksen toteuttaminen ja sen keskeiset tulokset.

2. Selvityksen metodit

Selvitys tehtiin sekä fokusryhmätekniikan että kyselyjen avulla. Aluksi kerättiin täsmentävää tietoa kolmen fokusryhmän avulla. Kysely toteutettiin tämän jälkeen kahdeksassa sairaalassa ja kolmessa sairaanhoito-oppilaitoksessa. Jokaisessa fokusryhmässä oli 10 - 12 henkilöä. Sairaaloista saatiin 413 ja kouluista 250 vastausta.

Fokusryhmien tulokset viittasivat selkeästi siihen, että ikä vaikuttaa keskeisesti halukkuuteen muuttaa toiseen maahan työhön. Iäkkäämmät työntekijät eivät muuta minnekään, jos heidän palkkauksensa ja työolonsa ovat jossakin määrin tyydyttäviä. Tästä syystä pidettiin tärkeänä koota tietoa erityisesti sairaanhoito-oppilaitoksista ja saada tietoa nuorempien opiskelijoiden mielipiteistä.

Aineisto koottiin seuraavasti: sairaaloissa sairaalan johto jakoi lomakkeet ja ne palautettiin anonyymisti postitse tutkijalle; kouluissa koulujen johto jakoi lomakkeet ja ne palautettiin anonyymisti kouluihin, joista ne toimitettiin tutkijalle. Kyselyaineiston tulokset edustavat hyvin sekä työssäkäyviä sairaanhoitajia että sairaanhoidon opiskelijoita.

Seuraavassa on luettelo niistä yksiköistä, joista aineisto on koottu:

- Rawiczin sairaala (fokusryhmä ja kysely)
- Sisäasiainministeriön sairaala ja terveydenhoitoyksikkö Rzeszowissa (fokusryhmä ja kysely)
- Olsztynin aluesairaala (fokusryhmä ja kysely)
- Puolustusvoimien sairaala Varsovassa (kysely)
- Krakovan yliopiston opetussairaala (kysely)
- Moragin sairaala (kysely)
- Wolsztynin sairaala (kysely)
- Jelenia Goran aluesairaala (kysely)
- Gdanskin lääketieteellinen yliopisto (kysely)
- Podhalen korkeamman asteen ammatillinen oppilaitos Nowy Targissa (kysely)
- Andrzej Frycz Modrzewski -akatemia, korkeamman asteen yksityinen oppilaitos Krakovassa (kysely)

Yksiköt ovat eri puolilta Puolaa, mikä on tärkeää selvityksen aiheen kannalta. Kiinnostus hakeutua työhön ulkomaille on suurempaa muualla Puolassa kuin pääkaupunkiseudulla, jossa on runsaammin ansio- ja työmahdollisuuksia.

Aineistoa on analysoitu kolmessa osassa: fokusryhmät, sairaalakyselyt ja oppilaitoskyselyt sekä näiden yhteiset tulokset. Fokusryhmiltä koottiin tietoa muun muassa seuraavista aiheista:

- Jos haluat edetä urallasi sairaanhoitajana, mitkä tekijät vaikuttavat siihen?
- Oletko harkinnut työnhakua ulkomailta?
- Mitkä tekijät voivat vaikuttaa siihen, että hoitajat hakevat työtä ulkomailta?
- Millaisia nämä hoitajat ovat, mitä ominaisuuksia heiltä vaaditaan?
- Kuinka attraktiivisia Euroopan eri maat ovat puolalaisille sairaanhoitajille?
- Kuvatkaa valitsemianne neljää maata eri ulottuvuuksilla
- Jos saisit mahdollisuuden työskennellä jossakin Pohjoismaassa, minne haluaisit mennä?
- Tunnetko Suomea, politiikkaa, kulttuuria tai historiaa?
- Mitä ajattelet suomalaisista?
- Oletko perillä millaista osaamista ulkomailta vaaditaan, onko sinulla riittävä pätevyys?
- Missä maissa sairaanhoitajan ammatti saa mielestäsi eniten arvostusta?

Maita koskevien ulottuvuuksien joukossa oli muun muassa kustannustaso (kallis - halpa), sopeutuminen (vaikea - helppo), työolot, palkkaus ja urakehityksen mahdollisuus. Fokusryhmissä valitut maat vaihtelivat, mutta keskustelua suunnattiin niin, että Suomea koskevia näkemyksiä saatiin esille.

Kyselylomakkeessa vastattiin muun muassa seuraaviin kysymyksiin:

- keskeistä taustatietoa (ikä, koulutus, työkokemus, erikoistumisen taso, työsuhteiden määrä)
- arvioitiin senhetkisiä työoloja ja
- tekijöitä jotka vaikuttaisivat muuttoon ulkomaille töihin (palkka/ uralla eteneminen/ tutustuminen uuteen maahan/ jokin muu)
- toivottavaa palkkatasoa
- työnhakukeinoja, jos työtä ulkomailta oli jo haettu
- mahdollisen ulkomaan oleskelun pituutta
- niitä etuja joita ulkomailta haettaisiin
- niitä pelkoja, joita muuttoon voi liittyä
- eri maiden suosituimmuutta luettelon mukaan
- tekijöitä jotka olisivat tärkeitä Suomeen muuttavalle (kielikurssi/ lisäinformaatio maasta/ käytännön apu matkan järjestämisessä ja perheen asioiden hoitamisessa/ työnantajan antama koulutus/ yksilöllinen työhönsijoitus/ jokin muu).

3. Keskeiset tulokset

- halukkuus hakea työtä ulkomailta oli melko alhainen, minkä katsottiin liittyvän osittain vastaajien ikään (sairaaloissa työskentelevät hoitajat ovat melko iäkkäitä) ja siihen, että työskentelykohteissa työolot olivat todennäköisesti pikemmin maan keskitason ylä- kuin alapuolella
- sairaaloiden hoitajista yksi kolmannes oli edes harkinnut työn hakemista ulkomailta, kun taas oppilaitoksen vastaajista selkeä enemmistö oli miettinyt asiaa
- kiinnostus työskentelyyn ulkomailta oli suurempaa nuoremmilla, paremmin koulutetuilla, johonkin hoitoalaan erikoistuneilla, useita työsuhteita omaavilla, työoloihinsa tyytymättömillä ja korkeampaa palkkaa odottavilla; he olivat myös aktiivisempia työmahdollisuuksia koskevan tiedon etsimisessä ja kokivat ajatuksen muutosta vähemmän ahdistavana
- kaikkien sairaanhoitajien mielestä palkka on tärkein ulkomaille muuttoon vaikuttava tekijä; oppilaitosten vastaajat totesivat myös kysyttäessä erikseen Suomesta, että heille on tärkeätä saada osaamistaan vastaavaa työtä; kaiken kaikkiaan työntötekijöistä saadut tiedot ovat jossakin määrin ristiriitaisia, vaikka palkan merkitys nousi selvästi esiin
- sairaanhoitajien odottama palkkataso on noin 1 750 - 2 200 euroa; oppilaitosten vastaajien odotukset ovat alhaisemmat kuin sairaaloissa jo työskentelevien hoitajien
- vastaajien tiedot Suomesta olivat vähäiset, ja annetuista tiedoistakin noin puolet oli väärä, Suomesta on yleensä vain stereotyyppisiä mielikuvia huonosta säästä ja hyvin harvat edes tuntevat Suomessa käyneitä ihmisiä
- Euroopan maista houkuttelevimmat maat olivat Iso-Britannia ja Pohjoismaat, joilla tavallisesti tarkoitettiin Ruotsia ja Norjaa

4. Marcin Kautsch & Simo Mannila: Johtopäätökset

Selvityksen tulokset sairaanhoitajien muuttohalukkuudesta ovat samansuuntaisia kuin muutkin tiedot sairaanhoitajien liikkuvuudesta. Tulosten perusteella voidaan tehdä myös käytännön toimintaa koskevia suosituksia.

1. Hoitajien liikkuvuuteen vaikuttaa erityisesti palkka, mutta myös työolot. Kansainvälisessä tutkimuksessa on aiemminkin todettu, että palkka on tärkein liikkuvuuden syy, mutta se ei toimi yksin, vaan tarvitaan myös muita syitä. Ainoa keino houkutella työvoimaa Suomeen on tehdä selväksi odotettavissa oleva palkkataso ja sen perusteet (esimerkiksi työajan rakenne), ja lisäksi antaa riittävästi täsmällistä ja realistista tietoa työoloista. Toisaalta lähtömaan ainoa keino pitää oma työvoimansa on kehittää niin palkkausta kuin työoloja eurooppalaiselle tasolle.
2. Ikä vaikuttaa keskeisesti liikkuvuuteen. Kansainvälisessä rekrytoinnissa tarvitaan sensitiivisyyttä ihmisen eri elämänvaiheita (mukaan luettuna perhetilanne) kohtaan. Muuttohalukkaita on selvästi enemmän nuorissa sairaanhoitajissa. Sen vuoksi olisikin harkittava laajempaa yhteistyötä oppilaitosten kanssa. Yhteistyökumppanit olisi syytä valita muualta kuin Varsovasta tai muista suurista kaupungeista, koska niissä työvoimalla on kysyntää ja ansiomahdollisuudet ovat hyvät.
3. Suomi on tuntematon maa, jonka kielen vaikeuteen kohdistuu jonkin verran ennakkoluuloja. Tarvitaan julkisin varoin rahoitettu kampanja, joka tekee Suomea ja suomen kieltä sekä maamme terveydenhuoltoa ja sen vahvuuksia paremmin tunnetuksi Puolassa. Lisäksi tarvitaan työvoimaa haluavien instituutioiden rekrytointia laajempaa sitoutumista yhteistyöhön sopivien puolalaisten kumppanien kanssa.
4. Palkkataso- ja työolotietojen mukaan Suomi on kilpailukykyinen vaihtoehto kansainvälisillä markkinoilla liikkuville puolalaisille hoitajille. Tässä puolalaiset ja mahdollisesti muut Puola-osaajat ovat tärkeitä kontaktihenkilöitä oikean Suomi-tiedon levittämässä ja verkostojen luomisessa.

TUTUSTUMISMATKAT PUOLAAN (TIIVISTELMÄ MATKOISTA 9-12.3.2010 JA 21-23.6.2010)**MATKOJEN TARKOITUS JA OHJELMAT**

Matkojen tarkoituksena oli selvittää puolalaisten sairaanhoitajien työllisyys- ja työtilannetta, muuttoa muihin Euroopan maihin ja koulutuksen vastaavuutta sekä verkostoitua sellaisten puolalaisten toimijoiden kanssa, jotka ovat tavalla tai toisella mukana tai jotka vaikuttavat sairaanhoitajien rekrytointikysymyksissä.

Matkojen ohjelmat on kuvattu seuraavassa lyhyin maininnoin tärkeimmistä keskusteluteemoista ja tavatuista organisaatioista. Varsinaiset havainnot ja päätelmät tapaamisista on kuvattu myöhemmin. Lista tavatuista henkilöistä on raportin liitekansioon kuuluvissa täydellisissä matkaraporteissa.

Päivämäärä	Tapaaminen ja tavatut henkilöt	Laitoksen luonnehdinta/ Keskustelun tärkeimmät teemat
Maaliskuun vierailu		
Tiistai 9.3.2010	Centre for Migration Research CMR, Warsaw University	Merkittävä tutkimuslaitos, osallistuu EU:n Mobility of Health Professionals -tutkimukseen ja lisäksi tekee Puolan terveysministeriölle tutkimusta maan terveydenhuollon osaajien muuttoliikkeestä. Molemmat projektit päättyvät vuonna 2011. > kannattaa tutkia mahdollisuuksia yhteistyöhön
Keskiviikko 10.3.2010	Ministry of Health, Department of Nurses & Midwives	Suhtautuminen terveydenhuollon henkilöstön muuttoon on realistinen, hyvä vastaanotto ja selvä intressi pohtia yhteistyön aiheita ja partnereita. > kutsuttava tutustumaan Suomen terveydenhuoltoon
	Polish Chamber of Nurses and Midwives	Keskustoimisto Varsovassa ja 45 aluetoimistoa. Rekisteröivät sairaanhoitajat, antavat ammatin harjoittamisoikeuden ja myös todistuksia ulkomailla työskentelyä varten. Lisäksi runsaasti koulutustehtäviä ja pohdintaa eri tahojen kanssa työoloista ja palkkauksesta (mutta valtiollinen organisaatio)
	Medical University of Warsaw	Vierailun tarkoitus väärinymmärretty, vastassa korkean tason valtuuskunta, konkreettisia aiheita yhteistyöhön ei löytynyt. Yliopistolla on vakiintuneet yhteydet Itä-Suomen yliopistoon. > kannattaisi miettiä kansainvälisten suhteiden kehittämistä myös esim. Laurean tai Metropolian kautta
Torstai 11.3.2010	Suomen Suurlähetystö Finpro , Puolan toimisto	Finpro on kiinnostunut yhteistyöstä
Perjantai 12.3.2010	EURES Poland	Välittäneet eri alojen (ei terveydenhuollon) työntekijöitä Vaasaan. Olivat erittäin halukkaita yhteistyöhön, kuvasivat toimintaansa laajasti. Voivat julkaista hakuilmoituksia, tehdä haastatteluja, tekevät myös yhteistyötä yliopiston ura- ja ohjaustoimiston kanssa. Puolassa on 338 työvoimatoimistoa, erio alueiden Eures-toimistot ovat itsenäisiä mutta yhteistyössä keskenään.
	Nurses Trade Union	Ammattijärjestöllä päätoiminen puheenjohtaja ja toimistotekijä, muuten resurssit vähäiset. Ei keskitettyä palkkasopimusta, jokaisella sairaalalla käytännössä oma sopimus. Ko. järjestö kuuluu Solidarnosc-keskusjärjestöön. Järjestöllä on nettisivut, joita voitaisiin käyttää - avoin suhtautuminen yhteistyöhön. Sairaanhoitajien palkkaus on kehittynyt hyvin heikosti ja sairaanhoitajat ovat kuopassa. Myös työolot ovat heikot. Terveysministeriöllä on ohjeet sairaaloiden työvoimamääristä, käytännössä kaikkialla jonkin verran vajausta.

Kesäkuun vierailu		
Maanantai 21.6.2010	Ministry of Health, Department of Nurses & Midwives Polish Nurses Association	<p>Keskusteltiin edelleen yhteistyöstä ja täydennettiin tietoja sairaanhoitajien täydennyskoulutuksesta Puolassa. Ministeriö suhtautuu myönteisesti ajatukseen yhteistyöstä ja keskustelusta informoidaan ministeriön johtoa. Tuli esiin ajatus siitä, että jossakin oppilaitoksessa tarjottaisiin suomalaisin varoin mahdollisuus opiskella suomea - tätä pidettiin täysin mahdollisena.</p> <p>Kansainvälisistä asioista vastaava henkilö esitteli järjestelmää ja järjesti sairaalakäynnin.</p>
Tiistai 22.6.2010	EURES Poland, Varsovan alueen toimisto Suomen Suurlähetystö Adecco Poland	<p>Täsmennettiin edelleen kuvaa siitä, kuinka Eures voi palvella rekrytoinnissa. Erittäin myönteinen asenne yhteistyöhön, jossa kuitenkin näyttää olevan ongelmia mm. EU-yhteyksien byrokraattisen luonteen tähden.</p> <p>Suurlähettilään mukaan Suomi on Puolassa melko tuntematon maa, mihin vaikuttaa sekin että kaikissa muissa pohjoismaissa lieenee kymmenkunta kertaa enemmän puolalaisia maahanmuuttajia kuin Suomessa. On muistettava, että Puolan talous on viime vuosina kehittynyt parhaiten Euroopassa ja Puola pyrkii Itämeren alueella johtavaan asemaan. Venäjä-yhteistyötä ei Puolassa kannata mainostaa. Varsovan yliopistossa on suhteellisen paljon suomen opiskelijoita. Lähetystö tukee tarvittaessa työtämme ja voi järjestää mm. promovointia.</p> <p>Kansainvälisen rekrytointiyrityksen Puolan toimisto, firma toimii myös Suomessa. Vuosittain rekrytoivat Norjaan (ja muihin pohjoismaihin noin) 70 hoitajaa, asiakkaat pienehköjä kuntia. Monipuoliset toimintamenetelmät, selkeä kuvaus (myös paperilla) annettiin, pitävät tärkeänä täsmällistä informaatiota ja kielikoulutusta, jota järjestävät 4 kk:n intensiivikursseilla omassa kurssikeskuksessaan. Kurssin aikana minimitoimeentulo noin 400 euroa / kk. Selkeän ammattitaitoinen yritys.</p>
Keskiviikko 23.6.2010	Promedica24 Medical University of Warsaw, Nurses Trade Union Szpital Wolski Dawidowska	<p>Kokonaan puolalainen yritys jolla on useita aluetoimistoja. Rekrytoi useisiin EU-maihin terveydenhuollon henkilöstöä, myös Ruotsiin, ja ollut yhteistyössä Kalmarin maakuntahallituksen rekrytointihankkeessa. Kuvaus toiminnasta Adecon tapaan täsmällinen, kielikoulutus järjestetään ostopalveluna ja koulutukset olleet lyhyempiä kuin Adeccolla. Ammattitaitoinen yritys.</p> <p>Toivottu tutustuminen ura- ja ohjaustoimiston kanssa ei järjestynyt, toiminta vasta alkuvaiheissaan. Ei selkeää intressiä yhteistyöhön. Suomen kielen opettamista suomalaisinkaan varoin ei pidetty mahdollisena. Meille ehdotettiin kielileirien järjestämistä Suomessa ja Erasmus-vaihdon kehittämistä.</p> <p>Sairaalakäynti, järjestön johtoa ei tavattu koska se oli muualla tärkeässä kokouksessa.</p>

1. TAUSTATietoja

Puolassa on 38,6 miljoonaa asukasta, ja maa on pinta-alaltaan hiukan pienempi kuin Suomi. Puola on perinteinen maastamuuttomaa, jonka väestö on hyvin liikkuvaa. Tämä merkitsee sitä, että puolalaiset ovat tottuneet kansainvälisiin verkostoihin, siihen, että sukulaisia tai tuttaviasuu ulkomailla. Puolan liittyttyä EU:hun arvellaan miljoonien puolalaisten muuttaneen ulkomaille, houkuttelevimpina vaihtoehtoina kielisistä ovat olleet Iso-Britannia ja Irlanti. Indikaationa on pidetty Ison Britannian katolisen kirkon seremonioihin osallistumista ja jäsenmäärää - kasvu on ollut yli 10 %, ja sen katsotaan johtuneen etupäässä puolalaisista. Nykyisen finanssikriisin oloissa arvellaan monien palanneen, kun mm. punnan vaihtosuhte on muuttunut vähemmän edulliseksi: näin todettiin mm. lääkäreistä, joiden palkkoja on Puolassa hiljakkoin nostettu noin 60 %; ja toisaalta monien arvellaan liikkuvan maasta toiseen EU:n alueella työn peräämässä, haluamatta palata Puolaan. EU:n ikääntymisraportin mukaan väestön elatussuhte Puolassa on muuttumassa hitaasti heikompaan suuntaan - arvellaan että noin 40 vuoden kuluttua Puola on tässä suhteessa kaikista EU-maista epäedullisimmassa asemassa, mutta 20 vuoden tarkasteluvälillä näin ei vielä ole - tuolloin elatussuhteeltaan heikoimpia maita EU:ssa ovat Suomi ja Saksa.

WHO:n maatietojen mukaan Puolan BKT (PPP \$) oli vuonna 2006 per capita 14 250 USD (vrt. Suomen BKT/ 2006: 33 170 USD). Terveystenhuoltomenot per capita olivat Puolassa 910 USD ja Suomessa 2 472 USD, prosentteina ero on pienempi: Puolan terveydenhuoltomenot olivat vuonna 2006 6.2 % BKT:sta, kun Suomen vastaava osuus oli 7.6 %. Luvut kuvaavat hyvin sitä painotusta, jonka julkinen valta antaa terveydenhuollolle näissä kahdessa maassa. Odotettavissa oleva elinikä oli Puolassa miehille 71 ja naisille 80 vuotta (vrt. Suomessa 76 ja 83 vuotta).

Sairaanhoitajat ja muu terveydenhuollon henkilöstö: rakenne ja palkkaus

WHO:n mukaan Puolassa oli 199 622 sairaanhoitajaa ja kättilöä, kun Suomen vastaava luku oli 46 930. Puolassa tämä tarkoittaa, että näitä oli 52 per 10 000, kun Suomessa heitä oli 89 per 10 000. Vertailun vuoksi voi todeta, että lääkäreitä Puolassa oli 20 per 10 000, ja Suomessa 33 per 10 000 (2006).

Projektin tilaama selvitys Puolasta antaa eri lukuja kuin eo. WHO:n tiedot, mikä johtunee saamiemme tietojen mukaan siitä, että noin kolmannes kaikista sairaanhoitajista ei työskentele omassa ammatissaan so. WHO tilastoi vain ammatissa työskentelevät. Pääministerin tasolla on pidetty tarpeellisenä, että pohditaan toimenpiteitä joilla lisätään hoitoalan attraktiivisuutta ja terveysministeriö selvittää mahdollisuuksia saada ESR-rahoitusta tämänkaltaiseen hankkeeseen. Vuonna 2007 Puolassa oli Kautschin (2010) mukaan 272 757 sairaanhoitajaa (joista hyvin pieni osa oli tullut ulkomailta), luku on kasvanut hitaasti mutta säännöllisesti ja se oli vuonna 1988 vain 193 912: nämä tiedot ovat peräisin Puolan tilastollisesta vuosikirjasta. Luvut sisältävät kaikki sairaanhoidon henkilökunnan riippumatta koulutuslaitoksesta ja opintojen pituudesta, joka voi vaihdella 2 ja 5 vuoden välillä. Puolan sairaanhoitohenkilöstö on suhteellisen iäkästä, enintään 40-vuotiaita heistä oli vain 32.9 %, ja alle 30-vuotiaita vain 5 %. Hoitajien keski-ikä vuonna 2007 oli 43 vuotta. Sairaanhoitajista monet ovat saaneet erikoistumiskoulutusta. Tavallisimpia erikoistumisaloja olivat vuonna 2007 konservatiivinen hoito; kirurgia; anestesiologia ja tehohoito, pediatria sekä organisaatio ja johtaminen.

Sairaanhoitajien ammattiliiton edustajan mukaan puolalaisista sairaaloista tuskin mikään täyttää terveysministeriön vaatimuksia henkilöstön määristä. Erityinen ongelma on sairaanhoito, koska palkkaus on jäänyt pahasti jälkeen ja työolot kehittymättömiä. Vuodesta 2006 lääkärin palkkaus on CMR:n tietojen mukaan kohonnut 100 %, kun vastaava osuus hoitajilla on vain 30 %. Hoitajien palkka on riippuen työvuosista, sairaalasta ja muista tekijöistä noin 400 - 1 200 euroa (jälkimmäinen palkka lienee mahdollinen vain tietyissä yksityisen sektorin tehtävissä). Sairaanhoitajien ammatissa esiintyy jonkin verran myös työttömyyttä, esimerkiksi vuonna 2006 (poikkileikkaustieto 5/06) sairaanhoitajille oli avoimia työpaikkoja 3 229 ja samaan aikaan oli työttömänä 4 236 hoitajaa, ts. jokaista hoitajaa kohti oli 0.76 työpaikkaa. Erotus on aika pieni, joten voisi väittää kysynnän ja tarjonnan olevan miltei tasapainossa (ottaen huomioon meneillään olevan rakennemuutoksen, joka merkinnee sitä, että on selviydyttävä entistä pienemmällä työvoimalla). Työttömyys on kuitenkin transitiomaissa heikko työvoiman kysynnän ja tarjonnan kohtaannon indikaattori, koska työmarkkinat ovat erilaiset kuin meillä niin palkkaukseltaan kuin lohkoutumiseltaan (erityisesti virallinen vs. epävirallinen sektori) ja myös työttömyysturva on erilainen.

Sairaanhoitajien palkkauksen ostovoiman osalta Suomen ja Puolan ero ei ole ratkaisevasti erilainen kuin Suomen ja Unkarin ero, joka on todettu aiemmassa raportissa. Ero Suomen hyväksi on hyvin selvä ostovoimallakin mitaten, mutta toisaalta Suomi sijoittuu huonosti vertailussa esimerkiksi Isoon Britanniaan. Sairaanhoitajien työoloista ei projektilla ollut käytettävissä selkeää tutkimustietoa, vain haastateltujen ihmisten mielipiteitä ja lehtiartikkeleita, joiden mukaan työoloja (fyysiset työolot, teknologia, työnjakokysymykset, ammatissa kehittyminen) ei pidetä tyydyttävänä. Kansainväliset selvityksen osoittavat samoin, että hoitajien ammatillisiin ratkaisuihin - muuttaako maasta ja muuttaako ammattia - vaikuttavat palkan lisäksi työolot ja työn organisaatio, mahdollisuus käyttää ja kehittää osaamistaan.

2. HOITOHENKILÖSTÖN LIIKKUVUUDESTA

Puolalaiset keskustelukumppanit suhtautuvat hoitohenkilökunnan liikkuvuuteen selvästi vähemmän protektionistisesti kuin unkarilaiset. Tämä johtunee maastamuuton vanhasta perinteestä ja mahdollisesti syvemmästä tavasta ymmärtää EU:n avointen työmarkkinoiden luonne; toisaalta keskustelussa esimerkiksi terveysministeriössä, jossa molemmat virkamiehet olivat taustaltaan sairaanhoitajia, korostuu vastavuoroisuuden ajatus. Jos voidaan päästä sen tyyppiseen liikkuvuuden malliin, jossa kaikki tahot saavat omanlaisiaan hyötyjä, tilanne on optimaalinen.

Vuodesta 2004 alkaen on esiintynyt hoitajien maastamuuttoa, jonka koko volyymi ei ole tiedossa. Välillä 0105/04 - 3007/06 1.9 % (lähes 6 000) puolalaisista hoitajista haki EU-maita varten tarkoitetun todistuksen tutkinnostaan, ja vuonna 2008 todistuksia annettiin 1 449. Emme kuitenkaan tiedä, ovatko nämä henkilöt tosiasiaassa muuttaneet maasta; niistä hoitajista, jotka ovat muuttaneet maasta ja siirtyneet toiselle alalle tai sijoittuneet oman ammattinsa alapuolelle (esimerkiksi aputyövoimaksi terveydenhuoltoon) tai harraille markkinoille (esimerkiksi vanhusten kotihoitoon) ei ole tietoa. On mahdollista, että matkaraportissa esitellyt CMR:n tutkimukset tuovat joitakin lisätietoja näistä asioista. Varsovan sairaanhoitaja- ja kättilökamarin arvion mukaan noin 15 000 hoitajaa on lähtenyt maasta, etupäässä suuriin EU-maihin kuten Isoon Britanniaan, Ranskaan, Saksaan ja jonkin verran myös esim. Irlantiin ja Ruotsiin. Redfootin (2008) OECD-raportteihin perustuvien tietojen mukaan hoitajista on mahdollisesti 4.6 % muuttanut maasta (lääkärin vastaava luku on 5.8 %). Tehdyn kyselyn mukaan yli 35 % kaikista terveydenhuollon työntekijöistä on ajatellut asiaa, ja konkreettinen muutos suunnitelma on 10.4 %:lla. Luvut osoittavat, että puolalaisten hoitoalan osaajien liikkuvuus ja intressi liikkua Euroopassa on huomattavan suurta.

Eures-järjestelmä

Eures (European Employment Services) on laaja eurooppalainen työnvälitysverkosto, johon kuuluvat eri maiden julkiset työnvälitykset. Eures palvelee sekä työnhakijoita että työnantajia. Työnhakijoille, jotka haluavat työskennellä ulkomailla Eures tarjoaa peruspalveluna työnvälitystä, tiedotusta ja neuvontaa. Työnhakija voi käyttää joko laajaa verkkopalvelua tai neuvontapalveluja, joita antavat Eures-neuvojat (yhteensä 800 Eures-neuvojaa EU:ssa). Palvelut ovat maksuttomia.

Työnantajia Eures-neuvojat palvelevat toimimalla linkkinä rekrytoinnissa auttamalla rekrytoinnin käynnistämisessä, etsimällä paikallisen yhteistyökumppanin, vastaamalla tiedusteluihin ja ottamalla hakemukset vastaan, tekemällä tarvittaessa esivalinnan - työnantaja tekee aina lopullisen valinnan - neuvomalla ulkomaisia työntekijöitä suomalaiseseen työelämään liittyvissä kysymyksissä. Rekrytoinnin apuna työnantaja voi käyttää Eures-portaalia, jossa on eurooppalainen työpaikka- ja työnhakijapankki. Portaalissa työnantaja voi ilmoittaa avoimista työpaikoista sekä etsiä työntekijäehdokkaiden ansioluetteloita. Sivujen palveluita hyödyntää vuosittain yli miljoona käyttäjää. Työnantaja voi osallistua myös Euroopassa järjestettäviin rekrytointitapahtumiin yhdessä Eures-neuvojen kanssa. Työnantaja voi joko lähteä itse messuille ja haastatella työnhakijoita paikan päällä tai jättää työpaikkailmoituksensa neuvojalle sopiville hakijoille jaettavaksi. Eures-neuvoja voi järjestää myös erillisen rekrytointitilaisuuden yhteistyössä paikallisen neuvojan kanssa.

Puolan Eures-neuvojat tarjosivat palvelujaan suomalaisten terveydenhuollon rekrytoijien käyttöön. He voivat julkaista ilmoituksia - kyseeseen tulee netin lisäksi puolalaisen ammattilehden käyttö forumina - ja järjestää haastattelut, ainakin osaksi myös toteuttaa ne. Palveluhalukkuus oli täysin toisenlaista kuin Unkarin Euresissa. Puolan neuvojilla oli aiempaa kokemusta rekrytoinnista Vaasan seudulle (ei hoitajia).

3. SAIRAANHOITAJIEN KOULUTUS/ TUTKINTOJEN VASTAAVUUS/ REKISTERÖINTI

Puola on hyväksynyt sairaanhoitajien pätevyyttä koskevan EU-direktiivin vuona 2004, mutta ensimmäinen sen mukainen koulutus aloitettiin vuonna 2007, ja tällä hetkellä kaikki sairaanhoitajien koulutus tapahtuu tällä (tai korkeammalla, master-)tasolla. Koulutuksen pituuden huomioon ottaen tilanne merkitsee sitä, että vasta ensimmäiset direktiivin mukaisen koulutuksen saaneet ovat valmistumassa. Uusia opiskelijoita tulee vuosittain noin 5 000, jonka arvioidaan kattavan noin 70 % koko tarpeesta; oppilaitoksilla olisi mahdollisuus laajentaa koulutusta, jos olisi halukkuutta ja rahoitusta siihen. Kautschin raportin mukaan uusia opiskelijoita on vuosittain 13 000 - 15 000 mutta nämä luvut sisältävät myös täydennyskoulutuksessa olevat opiskelijat (ks. alla tarkemmin). Tässä vaiheessa EU-direktiivin täyttäviä sairaanhoitajia lienee vain 10 % kaikista, mutta osuus lisääntyy nopeasti.

Kansallisen tason toimenpiteenä sairaanhoitajien koulutus siirrettiin bachelor-tasolle vuonna 1999. Sitä ennen koulutusta on ollut eri kestoisia ja hyvin montaa eri lajia, riippuen peruskoulutuksesta (peruskoulu vai lukio). Sairaanhoitajaksi saattoi valmistua sairaanhoito-oppilaitoksesta (5 vuotta); ammatillisesta oppilaitoksesta (2 tai 2.5 vuotta) tai sairaanhoitokoulusta (3 vuotta). Sairaanhoitajien koulutusjärjestelmä on Puolassa ollut siis erittäin kirjava, ja esim. Valvirasta on todettu, että todistukset ovat olleet ilmeisesti oppilaitoskohtaisesti hyvin erinäköisiä. Kirjavuutta helpottaa kuitenkin kaksi tärkeää tekijää:

EU:ssa on määritelty tarkkaan, kuinka puolalainen sairaanhoitaja voi yhdessä tutkinnon ja työvuosien perusteella saada pätevyyden EU-työmarkkinoilla. Mikäli tutkinto on bachelor-tasoinen ja suoritettu siis vuoden 1999 jälkeen (dyplom licencjata pielegniarstwa/ poloznictwa), yhtäjaksoista työssäoloa vaaditaan 3/ 5 vuotta, ja mikäli tutkinto on saatu toisen asteen ammattioppilaitoksesta (dyplom pielegniarki albo pielegniarki dyplomowane/ dyplom poloznej), yhtäjaksoista työssäoloa vaaditaan 5/ 7 vuotta. Tämä määrittely on tehty EU:n sairaanhoitajien ja kättilöiden pätevyysdirektiivejä (77/452/EC; 77/453/EEC ja 80/154/EEC; 80/155/EEC) Puolan osalta täydentävässä asiakirjassa Document MARKT/C3/6925/2004.

Puolassa on laajaa täydennyskoulutusta, jonka suoritettuaan myös heikommin koulutetut sairaanhoitajat voivat pätevoityä EU-työmarkkinoille. Tämän koulutuksen on tässä vaiheessa suorittanut 13 000 sairaanhoitajaa, ja paraikaa on kursseilla lisäksi 8 000. Näiden lukujen ja toiminnan volyymin perusteella on arvioitu, että noin 40 000 sairaanhoitajaa on

pätevöitynyt EU-tasolle muutaman vuoden kuluessa. Tähän täydennyskoulutukseen on ESR-rahoitusta käytettävissä vuoteen 2015 saakka.

Puolassa on 63–66 tällä hetkellä sairaanhoidon koulutusta antavaa tahoa, jotka toimivat melko itsenäisesti. Sairaanhoidon opetusta on mm. Varsovan lääketieteellisessä yliopistossa ja Krakovan yliopistossa; mukana on lisäksi mm. 14 muuta yliopistoa. Puolet koulutuksesta tapahtuu laitoksissa, jotka ovat oikeudelliselta statukseltaan yksityisiä (ilmeisesti esim. kirkolle kuuluvia, vrt. Diak AMMK) - jäi selvittämättä miten nämä ovat näin suosittuja ja millaisia kuluja niissä opiskelu aiheuttaa. Merkittävimmillä koulutuslaitoksilla on myös kansainvälisiä suhteita, mutta ne eivät vaikuta saamamme tiedon valossa kovin merkittäville. Esimerkiksi Varsovan lääketieteellisellä yliopistolla on yhteistyötä Itä-Suomen yliopiston kanssa ja Szczeczinin hoito-oppilaitoksella on Saksa-yhteistyötä. Millään sairaanhoitajia koulututtavalla taholla ei tiettävästi ole merkittävää yhteistyötä kansainvälisten rekrytointiyritysten kanssa.

Puolassa kaikki hoitajat jotka haluavat toimia ammatissaan, rekisteröidään alueellisissa Polish Chamber of Nurses & Midwives. Puola on tässäkin kohden hyvin alueellisesti eriytynyt maa, kamareita on 45, ja niiden toimintaa kokonaisuudessaan koordinoi Varsovan kamari. Kamarien tärkeänä tehtävänä on järjestää ja valvoa jatkokoulutusta (ammattitaidon ylläpitämistä) joka tarkistetaan joka viides vuosi. Tämä koulutussääntö on hyvin merkittävä esim. niille, jotka ovat välillä toimineet oman ammattinsa ulkopuolella ja niille, jotka ovat työskennelleet ulkomailla; molemmat ovat riskejä ammatinharjoittamisen luvan kannalta. Nämä kamarit antavat myös todistuksia ulkomaille hakeutuville sairaanhoitajille (ks. edellä arvio ulkomaille hakeutuneista). Kaikki dokumentit tuotetaan kuitenkin puolaksi.

Bachelor-tutkintoon tähtäävä täydennyskoulutus

EU direktiivi 2005/36 artikla 33 määrittelee poikkeuksellisesti Puolan osalta hyvin tarkkaan sen, millä edellytyksillä koulutus ja työkokemus antavat oikeuden toimia sairaanhoitajana (tietty aiemmin suoritettu koulutus edellyttää määrättyä määrää työkokemusta - ks. edellinen matkaraportti). Direktiivin antamisen aikaan Puolalaiset hoitajat olivat erittäin tyytymättömiä järjestelyyn. Esim. Bulgarialle ei asetettu vastaavia rajoituksia. Loppujen lopuksi tilanne on kääntynyt puolalaisten hoitajien eduksi, koska Puola sai EU-rahoitusta sellaisen täydennyskoulutuksen järjestämiseen, jonka tavoitteena on Bachelor-tason tutkinto. Puolalaiset hoitajat ovat arvostaneet tätä kouluttautumismahdollisuutta ja tähän mennessä jo yli 10 000 hoitajaa on suorittanut tutkinnon ja odotetaan että yhteensä n. 40 000 hoitajaa pätevöityy tätä kautta. Koulutuksen keskeyttäneitä on vain vähän. Tämä on merkittävä lisäys maan oman sairaanhoidon tason nousuun, mutta avaa samalla Puolalaisille hoitajille mahdollisuudet hakeutua töihin muihin EU maihin nimenomaan koulutusta vastaaviin sairaanhoitajan töihin, eikä avustaviin tehtäviin, kuten aiemmin on paljolti tapahtunut.

Täydennyskoulutus ei ole opiskelijalle ilmaista, mutta käytännössä se rahoitetaan EU rahoista saatavilla avustuksilla. Koulutus tapahtuu työn ohessa ja siitä on räätyä useita eri muotoja sen mukaan, minkälainen koulutus opiskelijoilla on ennestään. Koulutuksen laajuus on määritelty yhteistyössä EU:n kanssa. Koulutukseen pääsyn ehto on työssä olo.

Täydennyskoulutuksen kautta tutkinnon suorittaneen hoitajan palkan korotus riippuu työnantajasta, kuitenkin niin, että pätevyysluokka nousee automaattisesti.

Hoitaja, joka ei ole harjoittanut ammattia Puolassa yli 5 vuoteen, määrätään ensin puoleksi vuodeksi harjoittelijaksi, sen jälkeen hän suorittaa testin (näyttökokeen) ja saa uudelleen oikeudet harjoittaa ammattia.

Bachelor-tutkintoon tähtäävistä oppilaitoksista (63) yli puolet on yksityisiä. Tiedusteltaessa, mikä motivoi opiskelijaa maksamaan koulutuksesta, joka julkisissa oppilaitoksissa on ilmaista, ministeriöstä todettiin, että myös yksityisiä subventoidaan julkisista varoista, eikä ero siten ole merkittävä.

Ministeriön edustajat totesivat, että EU:n sisällä ei ole riittävän hyviä mekanismeja, jolla EU:n sisäisestä muuttoliikkeestä saataisiin oikeaa tietoa. Esim. puolalaiset tietävät paljonko sairaanhoitajat ovat hakeneet todistuksia ulkomailla työskentelyyn, mutta sitä ei tiedetä, kuinka moni todella lähtee ja mitä töitä kohdemaassa tekee, ei myöskään sitä, kuinka moni palaa ja milloin. Puola tulee olemaan EU:n puheenjohtajamaa vuoden 2011 loppupuolella ja silloin yhtenä kohtana agendalla tulee olemaan työvoiman liikkuvuutta koskevan yhteistyön parantaminen.

Bachelor-tason koulutuksen lisäksi Puolassa ei tällä hetkellä kouluteta muuta ammattihenkilöstöä (vrt. Suomen lähihoitaja). Vain avustavaa henkilökuntaa koulutetaan 1 ja 2-vuotisella koulutuksella.

4. SUOMEN KIELEN OPETUS PUOLASSA

Suomen kielen opetus on Puolassa vähäistä ja etupäässä pienten Suomi-friikkien ryhmien varassa. Suomea kuitenkin opetetaan mm. Varsovan yliopistossa. Opiskelumahdollisuuksista Varsovassa saa tietoa sivulta <http://aurinko.net.pl/język/kursy.html>. Selvitys mahdollisuudesta kielikoulutuksen järjestämiseen Puolassa ei kuulunut tehdyn tutustumismatkan ohjelmaan.

5. VASTAVUOROISUUDESTA SUOMEN JA PUOLAN VÄLILLÄ

Työvoiman hankinta kansainvälisiltä työmarkkinoilta ei ole helppoa. Tähän on kaksi tärkeää syytä. Ensiksikin Suomi kilpailee suomen kielen takia heikosti suuria maailmankieliä kuten englantia puhuvien maiden kanssa. Toiseksi Suomi on Puolassa tuntematon maa, mihin vaikuttaa sekin, että puolalaisten määrä Suomessa on perinteisesti ollut hyvin pieni - toisin kuin jo kauan Ruotsissa ja viimeisten kymmenen vuoden kehityksen johdosta myös Norjassa - eikä ketjumuuton hyötyjä voida käyttää. Suomi tarvitsee erityisiä attraktiivisuustekijöitä vidakseen kilpailla muiden maiden kanssa osaavasta eurooppalaisesta työvoimasta. Tärkeä attraktiivisuustekijä voi olla, että suomalaiset rekrytoivat tahot näyttäytyvät selkeästi yhteistyökumppaneina. Toinen syy on, että terveydenhuollon osaajien liikkuvuudesta käyty kansainvälinen keskustelu edellyttää tällaista yhteistyötä lähtö- ja tulomaan tai niiden instituutioiden välillä lähtömaan osaajamenetysten kompensoimiseksi. Vaikka rekrytointi tapahtuisi siten, että suorana toimijana on rekrytointiyriitys ja kohteena yksittäiset työnhakijat, tilaajan tulee kyetä perustelevaan toimintansa laajemmin ja nimenomaan yhteistyön viitekehyksessä. Kyseessä on aidon yhteistyön vaatimus - kosmeettinen yhteistyö ei EU-maiden välillä toimi (kannattaa muistaa, että Suomi ei ole yksin liikkeellä). Kansainvälinen keskustelu viittaa myös siihen, että lähtömaat eivät voi tyrehdyttää lähtijöiden virtaa elleivät pane terveyshallintoaan ja osaajien työoloja kuntoon - tämä on nopeammin tehty kuin palkkauksen kurominen umpeen ja tässä kohden Suomen kaltaisella maalla on aitoa annettavaa.

Keskustelut terveysministeriön kanssa viittaavat siihen, että Puolalla on valmiutta yhteistyöhön ja sen muotojen tarkentamiseen. Yhteistyö ei olisi niinkään valtioiden välistä vaan instituutioiden välistä, ja projektin puitteissa olisi nopeasti täsmennettävä puolalaiset kyseeseen tulevat tahot ja luotavat tarvittavat yhteydet. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että Helsingin kaupungin ja HUS:n tulisi omissa organisaatioissaan miettiä yhteistyön substanssialueita - niitä on projektissa jo hiukan hahmoteltu, mutta niistä ei ole juuri keskusteltu. Projektin tulisi selvittää mahdollisuus syvempiin yhteyksiin mm. Krakovan yliopiston (Institute of Public Health) kanssa. Projektissa on mahdollisuus toteuttaa puolalaisten tutustumismatka Suomeen tulevana syksynä - ministeriössä tämä ajatus ikään kuin siirrettiin syrjään koskemaan esimerkiksi yliopistoja tms. (suurempia toimijoita).

6. ULKOMAILLE REKRYTOINTIA HARJOITTAVAT ORGANISAATIO PUOLASSA

Matkan yhtenä tarkoituksena oli selvittää, mitä palveluja ja millä ehdoilla puolalaiset toimijat tarjoavat siinä tapauksessa, että suomalainen työnantaja haluaa osan rekrytoinnista hoidettavaksi paikallisin voimin lähtömaassa. Tällaisina tehtävinä ajateltiin mm. (ei ole tyhjentävä lista koko prosessista)

- työnantajan/maan markkinointi, houkuttelevuuden lisääminen
- potentiaalisten kandidaattien aktiivi etsiminen; mediakampanjat, yhteydet relevantteihin organisaatioihin jne
- oman cv-rosterin ylläpitäminen
- kiinnostuneiden esivalinta
- pätevyyden tarkistaminen
- haastattelut, Short-listaukset
- avustaminen ansioluetteloiden teossa
- työnantajan informoiminen koko prosessin ajan
- haastattelujen järjestäminen työnantajalle
- avustaminen tarvittavien asiakirjojen hankinnassa
- kielikoulutuksen järjestäminen
- sopimuksen tehneiden työntekijöiden lähettäminen

Adecco ja Promedica24 tarjoavat koko rekrytointiprosessissa tarvittavat palvelut ja niiden toimintatavat muistuttavat paljon toisiaan. Merkittävin ero on, että Adecco huolehtii itse kielikoulutuksesta omassa "kurssikeskuksessaan", kun taas Promedica ostaa kielikoulutuksen joka kerta erikseen kielitoimistolta/kielen opettajalta. Tilaajan kuluksi jäävät opiskelusta aiheutuvat kulut (opetus, asuminen kurssikeskuksessa ellei olla kotona, minimipalkka kurssin ajalta). Molemmista yhtiöistä vakuutettiin, että muuttohalukkaita hoitajia on saatavilla. Suhtautumisesta Suomeen kummallakaan ei ollut kokemusta. Adecco on kansainvälinen organisaatio, ja hyvin suuri osa Norjaan rekrytoiduista hoitajista on ilmeisesti Norjassa ollut etupäässä tai yksinomaan Norjan Adeccon palveluksessa. Tämä toimintamalli ei kuitenkaan ole firman mukaan ainoa vaihtoehto.

Myös Puolan Eures-toimistolla on halukkuus ja tiettyjä valmiuksia tarjota edellä mainittuja palveluja, jotka ovat ilmaisia työnantajalle. Eures-toimiston tulee esittää tällaisesta "large-scale" rekrytoinnista sille aiheutuvat kulut seuraavaan budjettiinsa (budjettikausi alkaa kesäkuun alussa) ja saada EU komission hyväksyntä niille. Eures-budjetista katettaisiin sellaisia kuluja kuin European Job-fair/day tapahtumat (tilat, materiaalit, tarjoilut), lehti-ilmoittelu, tilavuokrat tarvittaessa esim. haastatteluja varten ym.). Olisiko Eures-toimistolla riittävästi resursseja työntekijöiden aktiiviseen etsimiseen on avoin kysymys, koska ne eivät ole aiemmin olleet mukana suurien henkilömääriä kattavassa (large scale) hankkeessa, ja ongelmana lienee, että puolalaiset osaajat eivät yleisestikään käytä työnvälityksen palveluita yhtä usein kuin vastaavat ammattiryhmät Suomessa. Euresilla ei myöskään ole varsinaisesti terveydenhuoltoon erikoistunutta henkilökuntaa, joka on pätevyyden ja työkokemuksen arvioinnin kannalta tärkeää. Merkittävä ero yksityisiin toimijoihin on, että Eures ei järjestä kielikoulutusta, jota varten työnantajan täytyisi palkata toinen toimija. Kokonaisuutena Euresin palvelujen käyttäminen edellyttäneen työnantajalta suurempaa työpanosta ja paneutumista. On luultavaa, että Euresin palvelut ovat

hyvä ja suositeltava lisä rekrytoivalle taholle, mutta niiden varaan pelkästään ei liene työvoiman saamista ja siihen liittyvien oheistoimintojen järjestämistä jättää.

Large-scale toimeksiantojen yhteydessä tehdään maitten välillä yhteistyösopimus (työministeriöt molemmissa maissa ja työnantaja).

Edellä mainittujen kolmen toimijan palveluista työntantajalle aiheutuvia kuluja voidaan verrata vain summittaisella tasolla, koska annettujen kustannusten kriteerit olivat erilaisia (esim. ryhmien koot, kielikoulutuksen pituus jne.) Seuraavan sivun taulukko antaa kuitenkin karkean kuvan kustannusten synnystä ja tasosta. Kielikoulutuksen on ajateltu tapahtuvan Puolassa paikallisten opettajien toteuttamana 4 kk:n pituisena täysipäiväisenä opetuksena.

Taulukon laskelmissa ei ole huomioitu niitä kuluja, jotka rekrytoinnista aiheutuvat Suomen päässä, erityisesti työntajan henkilöstöhallinnon palkkakuluja. Taulukko osoittaa, että eri tahojen aiheuttamat kulut ovat hyvin lähellä toisiaan, eikä hintataso antane millekään päteväälle rekrytointiyritykselle selvää etulyöntiasemaa, ts. yrityksiä kilpailutettaessa lienee syytä kiinnittää paljon huomiota toiminnan sisältöön, sen luotettavuuteen ja logistiseen sujumiseen.

Toimija	Eures-toimisto	Yritys A	Yritys B
korvaus rekrytoinnista	ei kuluja työntantajalle mikäli kaikki sisällytetty toimiston komissiolle esitettyyn budjettiin	esim. 40 hengen ryhmä max. 3000 €/ henkilö, yhteensä 120 000 € (ryhmäkoko yleensä 30)	esim. 40 hengen ryhmä n. 2400/henkilö yhteensä 96 000 € (=1-3 kuukauden bruttopalkka), pienemmässä ryhmässä kustannus 1,5 kertainen
kielikoulutus	eri toimija oletetaan sama kustannus kuin Yritys B:llä 178 000€	kielikoulutus maksaisi noin 1100 € /kk/ henkilö /4kk ajalta = 176 000 € sisältää opetuksen, asumisen ja ruoan	kielikoulutus muualta hankittuna (josta eivät ota välityspalkkioita) n. 90€/tunti esim . 4kk /7h/päivä /5pv viikossa = 50 400€ - lisäksi majoitus- ja ruokailukulut n.40 e / henkilö ; 4kk =128 000 € Yhteensä 50 400 + 128 000 = 178 400 €
kompensaatio palkan menetyksestä kielikoulutuksen ajalta	minimipalkka 400€ x 4kk x 40 = 64 000 €	minipalkka 400x 3 kk x 40 = 48 000 € (maksetaan vasta ensimmäisen opiskelukuukauden jälkeen)	minimipalkka 400€ x 4kk x 40 = 64 000 €
yhteensä	rekrytointi - kielikoul. 178 000 min.palkka 64 000 242 000 € 6 050 per rekrytoitava	rekrytointi 120 000 kielikoulutus 176 000 minimipalkka 48 000 344 000 € 8 600 € per rekrytoitava	rekrytointi 96 000 kielikoulutus 178 400 minimipalkka 64 000 338 400 € 8 460 per rekrytoitava

7. HUOMIOITA SAIRAALAKOhteista

Molemmista sairaalavierailuista jäi päällimmäiseksi positiivinen kuva.

Yliopistosairaalan (Warsaw Universtiy Hospital) osastolla olisi ollut hyvä nähdä sairaalateknistä välineistöä ja potilaita, mutta koska kyseisellä osastolla kerrottiin hoidettavan koko maan vaikeimmat, neurokirurgista hoitoa vaativat potilaat, on ymmärrettävää, ettei ollut mahdollista käydä potilashuoneissa. Osaston vaativuus vähän ihmetytti, koska se vaikutti hyvin tavalliselta vuodeosastolta, eikä siten ainakaan (ulkoisesti) vastaa suomalaista valvontaa tai erityisvaativaa hoitoa tarvitsevien potilaiden osastoa. Osaston päivittäisestä toiminnasta suullisesti kerrottu kuvaus vastasi hyvin suomalaista käytäntöä.

Kaupunginsairaalavierailussa (Szpital Wolski) tuli hyvin esiin sairaalatekniset laitteet, akuuttihoiton lääkkeet, hoitotarvikkeet, potilassängyt ym., jotka hyvin vastaavat suomalaista tasoa ja käytäntöä. Työnjaollisetkin asiat tuntuivat sujuvan samanlaiseen tapaan kuin meillä. Fysioterapiaoasasto vaikutti modernilta.

Molemmista vierailukohteista jäi positiivinen kuva. Erityisesti korostui ystävällinen ja rauhallinen tunnelma ja hyvä ilmapiiri. Potilaita ei näkynyt paljon osastoilla. Meillähän korostetaan kuntoutusta eli toimintakyvyn ylläpitoa ja sen palauttamista oli kyseessä mikä osasto tahansa. Tällöin potilaiden tulee "näkyä" osastoilla. Päivittäisten toimintojen harjoittaminen ja ylläpito tapahtuu yhdessä eri ammattiryhmien kesken ja hoitotoimenpiteitten yhteydessä. Potilaitten toimintakykyä tulee arvioida myös muissa tiloissa kuin potilashuoneissa ja ns. "makuuttaminen" on Suomessa

harvinaista. Meillä varmaan korostuu enemmän moniammatillisuus ja tähän liittyvä kirjaaminen ja erityisesti sähköinen tiedonsiirto, mitä kummassakaan vierailukohteessa ollut.

Kummallakaan osastolla ei näkynyt helposti saatavilla olevia käsidesinfektioainetta, kertakäyttökäsipyyhkeitä ja toimenpidehanskoja.

Suurimmat eroavaisuudet ovat seuraavissa asioissa: aseptiikka ja aseptinen työskentely, kirjaaminen, hoitajan itsenäinen työskentely, kuntouttaminen ja toimintakyvyn arvioiminen, moniammatillinen työskentely.

8. JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Saadun yleisvaikutelman mukaan Puola tuntuu edelleen maalta, josta HUS ja Helsingin kaupunki voivat saada (hankkia) sairaanhoitajia. Puolan terveysministeriön asenne yhteistyöhön on myönteinen, maassa tulee lähivuosina olemaan hyvin suuria määriä osaamiseltaan EU-kriteetit täyttäviä sairaanhoitajia, ja puolalaisten liikkuvuus EU-työmarkkinoilla on yleisesti tunnettu. Yhteistyön muotoja tulee kuitenkin jatkossa edelleen konkretisoida, projektissa on suhteellisen hyvin käytösvaroja siihen tämän vuoden loppuun mennessä käytettäviksi. Aidon yhteistyön luominen tai sitä koskevan selkeän prosessin tuottaminen on tarpeen positiivisen Suomi-imagon luomiseksi - se ei ole tätä nykyä heikko, sitä vaan ei ole - jota voidaan esitellä julkisuudessa ja jonka voi ajatella lisäävän Suomen attraktiivisuutta myös terveydenhuollon osaajien keskuudessa.

Jos työnantaja päätyy rekrytointiprosessiin, jossa käytännön toteutusvastuu - työnantajan "markkinoinnista", hakijoiden etsimisestä, valinnasta jne. halutaan antaa lähtömaan toimijan tehtäväksi, Puolasta löytyy kumppaneita, joilla on useiden vuosien kokemus terveyssektorilta. Kenelläkään ei ole kokemusta Suomeen rekrytoinnista, mutta esimerkiksi kielen puolesta Norja on paljon Suomesta verrattava maa, ja rekrytointi sinne on ilmeisesti onnistunut. Ilmeisesti terveydenhuoltosektorilla toimivista puolalaisista Norjassa ja rekrytoitujen tai heidän työnantajiansa kokemuksista ei ole tutkimustietoa, mutta Norjassa FAFO neuvottelee paikallisen sairaanhoitajaliiton kanssa aiheesta tehtävästä tutkimuksesta. Matkamme aikana tavatut yhtiöt ovat riittävän isoja, mikä on toiminnan jatkuvuuden (esim. likviditeetin) kannalta tärkeää. Matkan aikana ei ollut mahdollista mitenkään todistaa sitä, että esim. hakijoilta ei peritä mitään piilomaksuja, mutta toiminnasta sai luotettavan kuvan: rekrytoitujen tulee ymmärtääksemme sitoutua kuitenkin työskentelemään riittävän kauan (muutamia vuosia) tulomaassa, muussa tapauksessa kielikurssimaksu tai osa siitä voidaan periä takaisin. Tällainen käytäntö on ollut myös Kalmarin landstingetin rekrytointihankkeessa, tosin Ruotsissa on epäilystä siitä, onko ko. sopimusehto EU-lakien mukaan hyväksyttävä. Yksityiskohdat puolalaisten rekrytointiyhtiöiden toiminnasta selviävät vasta todellisissa sopimusneuvotteluissa. Adeccolla kansainvälisenä yhtiönä on sisaryhtiö Suomessa, jos haluttaisiin yhtiön tekevän Suomessa vielä jotain kotouttamiseen liittyvää (vrt. Norjan malli edellä). Pohjoismaiden neuvoston asiantuntijoiden (Dölvik & Eldring) mukaan lähtömaan rekrytointiyhtiöiden käyttö olisi suositeltavaa, koska silloin rekrytointipalkkio jää sinne.

Eures-järjestelmän palvelujen käyttäminen rekrytointiin on myös mahdollista, mutta järjestelmä ei kykene sinänsä järjestämään esimerkiksi kielikoulutusta, joten työnantajan panos käytännön rekrytointiin tulisi olla suurempi. Eures-järjestelmän käyttö olisi suositeltavaa tiedonvälityksen ja yleisten yhteiskuntasuhteiden kannalta, lähinnä rekrytointiyrityksen toiminnan täydentäjänä. Tärkein syy siihen, miksi emme katso Eures-järjestelmää yksinomaiseksi vaihtoehtoksi on se, että hyvin suuri osa kansainvälisesti liikkuvista ammattitaitoisista työnhakijoista ei käytä tätä sinänsä hyvää järjestelmää vaan etsii töitä muuta kautta, ja Euresin resurssit outreach-tyyppiseen toimintaan lienevät rajalliset.

Esimerkkilaskelmassa kustannuksista merkittävimmän osan muodostavat kielikoulutukseen liittyvät kulut, joiden määrä on suoraan riippuvainen koulutuksen pituudesta ja siten työnantajan päätettävissä. Laskelma osoittaa, että kulut eivät ole tavattomia, jos lähdetään siitä, että käytetään puolalaista opetushenkilökuntaa, jota suomalaiset tahot pelkästään valvovat.

Seuraavaksi selvitettäviä kysymyksiä ovat:

- puolalaisten sairaanhoitajien intressi kansainväliseen liikkuvuuteen ja Suomeen tuloon (selvitys tilattu / Marcin Kautsch, Krakovan yliopiston kansanterveystieteen laitos)
- HUS:n ja Helsingin kaupungin intressit ryhtyä käytännön toimintaan: periaatelinjaus, aika, rahoitus?
- tutustumismatkan järjestäminen puolalaisille ensi syksynä: järjestetäänkö, jos niin ajankohta ja ryhmän koostumus?
- sairaanhoitajien ammattijärjestön näkemykset - heidän edustajansa tavattiin aiemmin
- Krakovan yliopisto potentiaalisena yhteistyökumppanina esimerkiksi HUS:lle?
- mahdollisuus järjestää minikonferenssi, johon osallistuisi kolmen EU-rahoitteisen, aiheena ennakointitiedon tilanne ja kehittäminen
- Jos Eures-järjestelmän käyttöä halutaan selvittää, niin Uudenmaan Eures-neuvoja esittää järjestettäväksi keskustelun, jossa olisivat mukana TEM/ELY-keskus, hoiva-alan Eures-neuvojat, Helsingin kaupungin ja HUS:n edustajat ja Puolan Eures toimintojen johto ja neuvojat
- kuka toimii Puolassa rekrytoinnissa yhteistyötahona: tahoja selvitettävä, toiminnan muodot määriteltävä
- mitkä ovat vastavuoroisuuden muodot, joita tarvitaan kitkattoman yhteistyön takaamiseksi: yhteiset seminaarit, opintomatkat? opettajavaihto? mihin partnerit voivat sitoutua? kuinka laajasti partneriorganisaatioita tulisi toimintaan kytkeä mukaan ja miten? entä muut: Laurea, Metropolia?